ROK X. WARSZAWA, 1936, GRUDZIEŃ. ZESZYT XII.

WIEDZA LEKARSKA

MIESIĘCZNIK
POŚWIĘCONY PRZEGLĄDOWI FRANCUSKIEGO PIŚMIENNICTWA LEKARSKIEGO I POTRZEBOM LEKARZA PRAKTYKA

*pod redakcją Doc. Dr E. Reicher.*

## *PRACE ORYGINALNE*

# Higiena na forum Ligi Narodów

podał

DR CZESŁAW WROCZYŃSKI.

Wobec wielkich wydarzeń politycznych sprawy zdrowia publicznego schodzą na drugi plan. Niepowodzenia w sferze polityki międzynarodowej wpajają w opinię publiczną wiele sceptycyzmu, co do celowości i możliwości współpracy pomiędzy państwami. Trudności piętrzą się na każdym kroku. Zainteresowanie higieną maleje: prócz polityki, uwagę pochłaniają sprawozdania sportowe, wyniki rekordów olimpijskich, wielkie defraudacje. Epidemie są coraz rzadsze w dzisiejszych czasach, a zagadnienia zdrowia publicznego i wyniki osiągnięte, częstokroć za pomocą pracy ciągłej i długiej, nie są napozór sensacyjne. Kto posiada jednak dosyć wytrwałości, ażeby je zgłębić, zdumiony jest, jak wiele zdziałano i jak wiele zdziałać może współpraca międzynarodowa na polu zdrowia publicznego.

Dowodem tego są, między innymi, zagadnienia higieny publicznej na forum Ligi Narodów. Urzędem wykonawczym Ligi Narodów jest, jak wiadomo, sekretarjat Ligi w Genewie. Gabinet ministrów stanowi Rada Ligi; parlament międzynarodowy — to Walne Zgromadzenie delegatów państw. Sekretariat Ligi podlega generalnemu sekretarzowi, będącemu jednocześnie sekretarzem Rady Ligi i sekretarzem Zgromadzenia, i dzieli się na 14 sekcji: 1) centralną, 2) polityczną, 3) prawną, 4) informacyjną, 5) mniejszościową, 6) mandatową, 7) rozbrojeniową, 8) finansową i studiów ekonomicznych, 9) stosunków ekonomicznych, 10) komunikacyjną i tranzytową, 11) higieny, 12) współpracy umysłowej, 13) obrotu opium i spraw społecznych, 14) skarbową. Sprawy administracyjne załatwia szereg biur. Sekretariat posiada bardzo bogatą bibliotekę (periodyki lekarskie otrzymywane są w liczbie 300). Nowy gmach biblioteki może pomieścić około miljona tomów.

Jednym z trudnych i bardzo ciekawych zadań są metody pracy stosowane na forum międzynarodowym.

Organizacja higieny Ligi Narodów składa się a) z Sekcji Higieny Sekretariatu, w której pracuje kilkunastu lekarzy, staty-

styków i higienistów, b) z Komitetu Higieny, c) z komisyj ekspertów, powoływanych ad hoc do rozstrzygania określonych zagadnień, d) ze znawców i ankietowców zapraszanych do spraw zupełnie specjalnych, e) z ciała doradczego, którym jest Komitet Stały Międzynarodowego Urzędu Higieny publicznej w Paryżu (Office International d'Hygiène Publique).

Sekcja Higieny Ligi Narodów, na czele której stoi polak, Dr. Ludwik Rajchman, jest organem wykonawczym. Komitet Higieny ustala zakres prac, program i prace Sekcji, oraz wydaje opinie dla Rady Ligi, względnie Zgromadzenia plenarnego. Komitet Higieny składa się z 20 członków rozmaitych narodowości, administratorów służby zdrowia, higienistów i uczonych. Dr. Witold Chodźko jest członkiem Komitetu z ramienia Polski. Do Komitetu należy lekarz naczelny służby zdrowia amerykańskiej i przedstawiciel Japonii. Obydwa te państwa nie należą do Ligi, jest więc oczywistym, że Komitet Higieny jest ciałem zupełnie apolitycznym.

Zagadnienia, będące przedmiotem studiów higienicznych Ligi, posiadają zawsze charakter praktyczny i interesują szerszy ogół państw. Z tego względu odpadają sprawy o znaczeniu czysto teoretycznym, naukowym. Sprawy o charakterze czysto lokalnym nie wchodzą również w rachubę. W drodze wyjątku, Sekcja Higieny podejmuje się ekspertyzy lub wydania opinii dla jednego tylko państwa i wówczas następuje to zawsze na żądanie i zwykle na koszt zainteresowanego rządu.

Omówienie całej działalności organizacji higieny wymagałoby nader obszernych ram, ograniczę się więc do zobrazowania metod pracy w kilku dziedzinach najważniejszych, a do nich należą: 1) służba wiadomości epidemiologicznych, 2) zagadnienie odżywiania, 3) sprawy mieszkaniowe na forum międzynarodowym, 4) ustalenie wzorców międzynarodowych rozmaitych leków: surowic, organopreparatów itp.

*Służba wiadomości epidemiologicznych.* Sekcja Higieny Ligi powstała w końcu 1919 roku. Był to okres wielkich epidemii na wschodzie Europy. Polska walczyła wówczas z durem plamistym, powrotnym i cholerą. Nasilenie epidemij wzrosło podczas wojny, punkt kulminacyjny tego okresu stanowił *powrót uchodźców z Rosji* po wojnie polsko-rosyjskiej w r. *1920 — 1921, 1922*. Pamiętamy ten okres tragiczny (liczba przypadków tyfusu plamistego w r. 1921 przekroczyła u nas wówczas ćwierć miljona). Sekcja Higieny Ligi spowodowała powstanie międzynarodowej Komisji epidemicznej, która, pracując w Polsce, okazała daleko idącą pomoc techniczną i materialną naszym władzom sanitarnym. Kordon sanitarny na wschodzie, budowa kilkudziesięciu kąpielisk i odwszalni, kilkunastu szpitali na kresach, sprowadzenie bogatego materiału sanitarnego, aparatów dezynfekcyjnych i szpitalnych — oto główne wytyczne ówczesnej bardzo owocnej pracy. Jednym z pierwszych zadań Sekcji Higieny było zorganizowanie służby wiadomości epidemiologicznych. Tylko niezwłoczne otrzymanie wiadomości o przypadkach chorób zakaźnych, pozwala na przedsięwzięcie zawczasu zarządzeń zaradczych przeciw zawleczeniu epidemij. Przy dzisiejszej niezmiernie szybkiej komunikacji lądowej i morskiej, przenoszenie się chorób z jednego kraju do innych jest szczególnie łatwym. Chodzi więc o posiadanie wiadomości szybkich i o rozpowszechnienie ich natychmiastowe. Do chorób szczególnie ważnych należą: tyfus plamisty i powrotny, cholera, ospa, dżuma. Dla żeglugi morskiej sprawa szczurów i związanej z nimi dżumy stanowi o bezpieczeństwie handlu morskiego. Służba wiadomości epidemiologicznych obejmowała w roku 1921, w początkach istnienia, 21 państw Europy centralnej i wschodniej. Ale już w roku 1923 rozpoczyna zasięg wszechświatowy: należy do niej 70 państw, zaś w roku 1936 — 148 państw. Ośrodek genewski rozpoczął od samego początku ogłaszanie i rozsyłanie tygodniowych biuletynów epidemiologicznych. Wskutek ważności przebiegu chorób na dalekim wschodzie dla ruchu morskiego na Oceanie Spokojnym, wyłoniła się szybko konieczność otwarcia drugiego biura zgłoszeń w Singapore na półwyspie Malajskim. Miejsce to wybrane było dlatego, że port w Singapore jest przejściowym dla całego handlu morskiego pomiędzy Japonią, Chinami, Indochinami z jednej strony, — bliskim wschodem, Afryką i Europą z drugiej strony. Założeniem planu było otrzymywanie zgłoszeń telegraficznych o każdym przypadku choroby zakaźnej lub epidemii, stwierdzonym w portach wschodnio-afrykańskich, południowo-wschodnich wybrzeży azjatyckich, z Indii i Australii. Kore-

spondentów takich było w roku 1924 — 35. Biuro epidemiologiczne Ligi w Singapore miało codziennie przesyłać otrzymane wiadomości drogą kablową do wszystkich portów. W roku 1936 do korespondentów stałych biura należą 183 porty (27 w Afryce, 106 w Azji, 48 w Australii i Oceanii i 2 w Ameryce). Urząd epidemiologiczny w Melbourne w Australii przekazuje codziennie do Singapore wiadomości, dotyczące archipelagów na Pacyfiku, a Rada kwarantannowa w Egipcie podaje dane epidemiologiczne, dotyczące portów bliskiego wschodu i pielgrzymek do Mekki — bardzo ważnych ze względu możliwości epidemii wśród ludów muzułmańskich. Cele początkowo zakreślone przerosły o wiele pierwsze zamierzenia. Obecnie 10 potężnych stacji radiowych nadaje co tydzień biuletyny epidemiologiczne, streszczone dla statków na morzu (w tym dwie stacje francuskie: Saigon i Tanariva). Stacja Malabor na Jawie nadaje codziennie biuletyn, zawierający ostatnie dane.

W służbie wiadomości epidemiologicznych Sekcji Higieny w Genewieześrodkowane są dziś zgłoszenia chorób zakaźnych z całego świata: z biura w Singapore, z biura panamerykańskiego w Waszyngtonie, z międzynarodowego Urzędu higieny publicznej w Paryżu; w drodze pocztowej i telegraficznej napływają codziennie wiadomości bezpośrednie ze wszystkich krajów świata — niema tu żadnych różnic politycznych. Jest rzeczą znamienną, że państwa dobrze zrozumiały znaczenie wszechświatowej służby epidemicznej i nawet przeciwnicy Ligi współpracują dla wspólnego dobra. Wiadomości zbierane obejmują 72% zaludnienia kuli ziemskiej, to znaczy — około półtora miljarda ludzi. Poza władzami sanitarnymi państw, wielkie miasta, mające sprawną służbę, przesyłają swe sprawozdania bezpośrednio do Sekcji (8 krajów: 354 miast, — 54 miljony mieszkańców).

Do danych, zbieranych przez Sekcję Higieny, należy również częściowo statystyka ludnościowa 630 miast i 11 państw — 235 miast (123 miljony mieszkańców) koresponduje bezpośrednio z Ligą. W ten sposób powstaje możność ogłaszania świeżych materiałów, dotyczących rozwoju chorób zakaźnych, liczb zgonów i urodzeń. Terminy rozpowszechniania i druk tych wszystkich danych statystycznych zależą od ich rodzaju: zgłoszenia chorób zakaźnych, podlegających obowiązkowi kwarantanny, przekazywane są administracjom sanitarnym w dniu ich otrzymania, jako *ostatnie wiadomości epidemiologiczne;* wykaz wychodzący co tydzień łącznie z mapami i komentarzami, drukowany jest w dwóch językach: francuskim i angielskim. Szybkość załatwiania zasługuje na uwagę: wiadomości dla portów dalekiego wschodu, wychodzące co czwartek każdego tygodnia, zawierają liczby chorób zgłoszonych we wszystkich portach wschodu i niektórych obszarach przyległych, aż do ostatniej poprzedzającej soboty.

Miesięczny biuletyn epidemiologiczny, obecnie przekształcony na kwartalnik ze względów oszczędnościowych, zawiera, prócz zestawień liczbowych, artykuły informacyjne, dotyczące ostatnich poglądów na epidemiologję, profilaktykę i rozpowszechnienie geograficzne chorób zakaźnych.

W sprawozdaniu rocznym są zestawione wszystkie liczby poprawione i uzupełnione, dotyczące chorób zakaźnych, ich śmiertelności, umieralności ogólnej i według grup wieku, umieralności niemowlęcej, liczb urodzeń i t. d.

Tego rodzaju materiały są naprawdę unikatem na świecie. Korzystają z nich dzisiaj, prócz higienistów, statystyków i lekarzy, wydziały lekarskie uniwersytetów, zakłady higieny; żaden badacz na polu epidemiologii nie jest w stanie obyć się bez tych materiałów.

Cała powyższa praca jest wykonywana w biurze w Singapore przez 2 lekarzy i 10 urzędników miejscowych, a w Genewie przez 2 lekarzy, 1 statystyka, 1 sekretarza i 7 urzędników.

### *Zagadnienie żywienia.*

W roku 1935 Zgromadzenie Plenarne Ligi Narodów, na żądanie delegacji 12 państw, rozpoczęło dyskusję na temat znaczenia żywienia z punktu widzenia zdrowia, stanu społecznego i stanu ekonomicznego środowisk ludzkich. Podstawę do dyskusji stanowiło studium D-rów *Burneta* i *Aycroyda,* ogłoszone w r. 1935 w Biuletynie kwartalnym Organizacji Higieny Ligi Narodów. Uchwała Zgromadzenia zadecydowała: 1) o rozpoczęciu prac na temat związku żywienia ze zdrowiem, 2) o zbieraniu i ogłaszaniu dokumentów, dotyczących zarządzeń zmierzających ku

poprawie żywienia w rozmaitych państwach; w tym celu organizacje techniczne Ligi nawiązały współpracę z Międzynarodowym Biurem Pracy w Genewie i Międzynarodowym Instytutem Rolnictwa w Rzymie, 3) o powołaniu Komitetu ekspertów do spraw higieny żywienia w związku z rolnictwem, gospodarką społeczną i przedłożeniu następnemu Walnemu Zgromadzeniu Ligi odpowiednich sprawozdań w zakresie wymienionym.

W wykonaniu tych uchwał został powołany mieszany komitet rzeczoznawców pod przewodnictwem *Lorda Astora*. Pierwsze wyniki prac Komitetu ukazały się już w druku i zostały przedstawione ostatniemu Walnemu Zgromadzeniu, które odbyło się w miesiącu wrześniu i październiku b. r. Część pierwsza zawiera sprawozdanie ogólne wstępne Komitetu *Lorda Astora*, część druga, podstawy fizjologii żywienia, część trzecia, żywienie w poszczególnych państwach.

Dokumenty wspomniane posiadają głęboką wartość dla polityka, ekonomisty i lekarza. Stwierdzają one wielkie postępy osiągnięte w dziedzinie rolnictwa, które zdolne jest dzisiaj wyprodukować olbrzymie ilości produktów spożywczych; środowiska ludzkie nie są jednak w stanie wyzyskać zdobyczy rolnictwa, gdyż pomimo spadku cen, kryzys bezrobocia odbiera zdolność nabywczą ludności; obok bezspornych postępów co do sposobów żywienia powstają braki, grożące niebezpieczeństwem niedostatecznego spożycia szerokim warstwom ludności. Sytuacja staje się paradoksalna, gdyż z jednej strony gromadzą się wielkie ilości produktów rolnych, z drugiej masy ludności cierpią częściowy głód.

Komitet *Astora* uważa, że należy przystąpić do poprawy stanu obecnego z punktu widzenia zdrowia publicznego i higieny społecznej, gdyż na tym terenie nie ma żadnych kontrowersyj: granice działalności Ligi iść będą w kierunku popierania zdobyczy nauki żywienia, propagandy, uproszczania i rozpowszechniania wyników naukowych, które powinny urabiać opinię publiczną, dążąc do stwarzania odpowiednich przyzwyczajeń [1]). „Zasada społeczna obowiązku *dostarczenia minimum koniecznego odżywiania matkom, dzieciom, młodzieży i ubogim powinna być ugruntowaną.*

*Należy dążyć wszystkimi środkami do stworzenia odpowiedniej polityki żywnościowej we wszystkich państwach.*

*Jest obowiązkiem państwa sprawować odpowiednią kontrolę nad żywieniem narodu jako całości i udostępnić grupom ludności, najbardziej zagrożonym, konieczne minimum produktów spożywczych. Państwo powinno powołać odpowiednią organizację do tego celu.*

*Nie negując znaczenia i wysokich wartości moralnych instytucyj dobroczynnych, powstaje poza i ponad wszelkimi rozważeniami ekonomicznymi obowiązek Państwa zapewnienia zdrowego pożywienia matkom karmiącym, niemowlętom i dzieciom i to w tej samej mierze jak obowiązek powszechnego nauczania, opieki społecznej lub walki z przeludnieniem i szkodliwościami mieszkaniowymi*".

Sprawozdanie Komitetu *Lorda Astora* wskazuje podstawy działalności Państwa i społeczeństwa w dziedzinie żywienia.

Dla lekarza i dla higienisty ciekawe są obecne poglądy na stan zdrowia ludności w związku z żywieniem. Nie należy przypuszczać, że choroby powstałe wskutek niedostatecznego ilościowego i jakościowego żywienia istnieją tylko w państwach biednych, o niskiej kulturze, stwierdza się, że istnieją one wszędzie, nawet w Anglii i Stanach Zjednoczonych. *Złe żywienie jest bezpośrednim powodem złego stanu fizycznego ludności i wynika stąd wielki odsetek rekruta niezdolnego do służby wojskowej.*

Studium *Sir Johna Boyda Orra* (London Mac Millan 1936) wskazuje, że w Anglii 50% ludności odżywia się niedostatecznie i że zapewnienie koniecznego minimum wymagałoby zwiększenia konsumpcji mleka o 16%, masła o 15%, jaj o 18%, mięsa o 12%, owoców i jarzyn o 25%.

Nowe doktryny naukowe w dziedzinie żywienia podkreślają, obok braków ilościowych, ważność jakościową doboru pokarmów: obecność witamin, soli mineralnych, jako to wapna, żelaza, fosforu, jodu, jest zasadniczego znaczenia. B pokarmów ochronnych (to znaczy zawierających składniki zasadnicze w przeciwieństwie do pokarmów energetycznych, to jest zaspakajających tylko potrzeby kaloryczne) mleko znajduje się na pierwszym

[1]) Société des Nations. — Le probléme de l'alimentation. Volume 1.

miejscu; chleb pszenny, nizko procentowy, jest małej wartości w porównaniu z chlebem pełnym o wysokim procencie przemiału 80% — 90%; kartofle, z powodu zawartości witaminy C, żelaza i białka, są lepsze niż produkty mączne. Istnieje tendencja do ograniczenia spożycia cukru, tam gdzie ono jest wysokie, *(nie w Polsce)*, gdyż czyste cukry posiadają wyłącznie wartość energetyczną.

*Błędy dietetyczne w wieku dziecięcym pozostawiają ślady na całe życie i jest niemożliwym wyrównanie tych braków w późniejszym wieku: odpowiednie żywienie matki i dziecka jest ośrodkiem całego zagadnienia.*

*Do chorób, powstałych wskutek niedostatecznego odżywiania matki i dziecka i pozostawiających trwałe ślady, należą:*

a) próchnica zębów;
b) zmiany krzywicze;
c) słaby rozwój fizyczny (zła konstytucja i zła postawa);
d) anemia;
e) zły stan wiązadeł i kośćca.

Choroby te są niesłychanie rozpowszechnione. Ankiety specjalne wykazały w Anglii 95% dzieci dotkniętych próchnicą zębów, oraz 80% dzieci dotkniętych krzywicą.

*Wyniki badań dzieci szkół powszechnych w Warszawie wykazują znaczny odsetek dzieci ze złym stanem odżywiania, próchnicą zębów, krzywicą, anemią, słabym rozwojem fizycznym. W wieku dorosłym sprawność fizyczna tych dzieci będzie znacznie upośledzoną i odsetek niezdolnych do pełnowartościowej służby wojskowej i cywilnej będzie bardzo wysoki.*

Nowe dane naukowe, dotyczące skutków późniejszych braków odżywiania matek karmiących i dzieci, spowodowały w niektórych państwach akcję obronną na wielką skalę. W Anglii, pod hasłem: „pół pensa dziennie", albo: „mleko w szkole", w roku szkolnym 1934/35, rozdano 22.750.000 gallonów mleka, (około 100 milionów litrów), przy subwencji państwa, wynoszącej 401.000 funtów angielskich. Dzieci ubogie otrzymują mleko bezpłatnie. Ogólna liczba dzieci pijących mleko w szkole sięga 3 milionów. Matki karmiące otrzymały około 7 milionów gallonów: 30 milionów litrów mleka w naturze lub w proszku.

Związek Sowieckich Republik Rad wprowadził powszechne żywienie dzieci szkolnych, oparte na najnowszych danych fizjologii. Obok mleka dawane są dzieciom inne pokarmy gorące i znaczna ilość jarzyn i owoców.

Polityka żywnościowa państwa oprzeć się musi na obliczeniach ilości produktów spożywczych potrzebnych do pokrycia potrzeb ludności. Dopiero porównanie rzeczywistej konsumpcji z potrzebami, daje możność obliczenia braków istniejących i zapewnienia pokrycia tych braków, bądź w drodze zwiększenia produkcji, bądź za pomocą zmian produkcji przez ograniczenia pewnych składników na korzyść innych, bądź w drodze wymiany handlowej międzynarodowej.

Kraje północne, do których należy Polska, są najbardziej zagrożone skutkami nieodpowiedniego jakościowego odżywiania. Bardzo nikłe nasłonecznienie w miesiącach zimowych i stąd płynący brak witaminy D (krzywica i próchnica zębów), bardzo nieznaczna ilość owoców i jarzyn — oto są największe niebezpieczeństwa.

Przede wszystkim jednak należy pokryć zapotrzebowanie ilościowe szerokich warstw ludności, źle odżywionej.

Sekcja Higieny Ligi Narodów powołała komitet fizjologów żywienia, który podjął się opracowania koniecznych minimalnych norm dla wszystkich grup ludności.

Na posiedzeniach Komitetu w Londynie (25 — 29 listopada 1935) i w Genewie (4 — 8 czerwca 1936), ustalono i ogłoszono tabele norm.

Na czele komitetu fizjologów stanął profesor fizjologii Instytutu Królewskiego w Londynie Dr. *E. Mellanby.* Jako członkowie, uczeni i znawcy: prof. *Mc. Collum* z Ameryki,*A. Durig* z Wiednia, *Lapicque, Mayer* i *Alquier* z Francji, *Botazzi* z Neapolu, *Sbarski* z Rosji, *Höjer* ze Skandynawii itd.

Normę kaloryczną dzienną dla dorosłego mężczyzny lub kobiety w stanie odpoczynku określono na 2400 kalorii; przewidziano konieczne dodatki dla rozmaitych rodzajów pracy, dla matek karmiących, współczynniki dla dzieci itp., w formie zwięzłej wskazano potrzeby organizmu dotyczące witamin i soli mineralnych.

Uchwały komisji fizjologów stanowią pierwszą międzynarodową naukową ustawę,dotyczącą potrzeb żywnościowych. Pozwalają one obliczyć zapotrzebowanie pro-

duktów spożywczych dla każdego środowiska i państwa, stosownie do jego składu.

W całym świecie kulturalnym wywołały one wielkie zainteresowanie. W szeregu państw rządy powołały do życia komisje państwowe, którym powierzono opracowanie potrzeb żywnościowych.

Inicjatywa tych prac wyszła z Sekcji Higieny Ligi Narodów, pozostającej, jak wiemy, pod kierownictwem polaka Dr. Ludwika Rajchmana z Warszawy.

*Sprawy mieszkaniowe.*

Trzecim zagadnieniem wysuniętym na czoło przez Sekcję Higieny Ligi Narodów są sprawy mieszkaniowe.

Zastosowano tutaj te same metody pracy. Powołano cały szereg znawców, którzy opracowali obecny stan mieszkaniowy w poszczególnych państwach i ogłoszono drukiem te niezmiernie cenne studia. Dane dotyczące Polski zostały zebrane pod redakcją wicedyrektora naszego Urzędu Statystycznego *p. Jana Strzeleckiego.* Stanowią one najpoważniejszy przyczynek do studiów mieszkaniowych jakim dotychczas rozporządzamy, obejmując zarówno zagadnienie miast, jak i wsi.

Prawie we wszystkich państwach Europy zachodniej powołano komitety rządowe do spraw mieszkaniowych, zajmujące się opracowaniem metod zwalczenia przeludnienia mieszkań. Cały szereg prac podjęto w kierunku zbadania tanich materiałów budowlanych, budowy małych mieszkań higienicznych itd.

Prace te znajdą wyraz w organizacji międzynarodowej wystawy mieszkaniowej, która odbędzie się w Rzymie. Drogi, którymi kroczy polityka państw i wyniki osiągnięte będą w ten sposób uwidocznione.

Wkraczając w dziedzinę medycyny klinicznej i społecznej Sekcja Higieny Ligi Narodów przeprowadziła w ciągu 17 lat swej działalności cały szereg prac, ogłaszając drukiem wyniki ankiet, ekspertyz i monografij, bez których żadne poważniejsze studium naukowe nie może się odbyć.

Powołana w r. 1924 Komisja do spraw malarii, składająca się z wybitnych znawców zimnicy, przeprowadziła studia nad zwalczaniem malarii w rozmaitych krajach Europy, Azji i Afryki. Ustalono najpraktyczniejsze metody terenowe i dano wytyczne rządom zainteresowanych państw. W ostatnich latach, z inicjatywy Komisji, zastosowano tytułem doświadczalnym nowe metody leczenia zimnicy za pomocą alkaloidów, pochodzących z kory chinowej, a dotychczas niestosowanych poza chininą Alkaloidy te okazały się również skuteczne, kosztując znacznie mniej, niż chinina. W ten sposób koszty walki z zimnicą mogą być znacznie obniżone.

Śpiączka afrykańska była podobnież przedmiotem studiów komisji specjalnej.

Ospa i szczepienia przeciwospowe, trąd, dżuma i wodowstręt — należą również do zagadnień, opracowywanych na terenie międzynarodowym.

Walka z gruźlicą, walka z rakiem, jaglicą, śmiertelność niemowląt, ochrona ociemniałych — stanowią tematy społeczne, poddane rozległym studiom.

Prace organizacji higieny w dziedzinie lecznictwa posiadają wielkie znaczenie, jeżeli chodzi o ustalenie wartości wzorowej rozmaitych leków i surowic (standaryzacja).

Już od roku 1922, z inicjatywy Sekcji Higieny, cały szereg instytutów naukowych na całym świecie (Instytut państwowy prof. Madsena w Kopenhadze, Laboratorium Higieniczne Urzędu Zdrowia w Waszyngtonie, Zakłady Higieny w Warszawie, w Pradze i w Londynie itd.) wciągnięto do współpracy, celem ustalenia miareczkowania surowic leczniczych: przeciwdyfterytycznej, przeciwtężcowej, przeciwczerwonkowej, przeciwmeningokokowej. Ustalono jednostki międzynarodowe, dając tem możność korzystania z doświadczeń wszystkich krajów dla jednego celu i umożliwiając leczenie jednolite przez stosowanie tych samych najskuteczniejszych dawek.

Podobną metodę zastosowano do tuberkuliny, insuliny, pochodnych arsenobenzenu, a w ostatnich czasach, do rozmaitych preparatów hormonalnych.

Metodyka stosowana przy próbach diagnostycznych *(Wassermanna, Sachs Georgi* itp.) była również przedmiotem wspólnych studiów, pomiędzy instytutami i zakładami higieny, najbardziej kompetentnymi.

Współpraca międzynarodowa uczonych dała tutaj doniosłe wyniki.

Od samego początku rozpoczęcia działalności w Lidze Narodów, Dr. Ludwik

Rajchman, jako dyrektor Sekcji Higieny, wystąpił z inicjatywą zorganizowania współpracy pomiędzy władzami służby zdrowia rozmaitych państw, będących członkami Ligi. W tym celu corocznie odbywają się studia kolegialne kierowników służby zdrowia lub osób zajmujących wybitne stanowiska administracyjno - lekarskie w krajach całego świata.

Metody pracy służby zdrowia, instytucje i zakłady, plany i budżety są wówczas przedmiotem wymiany poglądów najbardziej kompetentnych i zainteresowanych osób. Publikacje w tej dziedzinie są bardzo liczne i ciekawe. Jedna z nich, wydana w r. 1933, dotyczy Polski.

Jako temat główny obierane są zwykle zagadnienia zasadnicze dla państwa, w którym badania są prowadzone.

Wzajemne zapoznanie się przedstawicieli władz sanitarnych, bezpośrednia wymiana myśli, możność zasięgnięcia opinii znawców, a w niektórych przypadkach podjęcie wspólnej akcji w szeregu państw, tak jak to ma miejsce w południowej Afryce, przy zwalczaniu chorób tropikalnych, oto są dodatnie wyniki osiągane przez kolegialne studia przedstawicieli służby zdrowia.

W dziedzinie szkolenia personelu służby zdrowia i nauczania higieny, organizacja higieny Ligi Narodów wykazała dużą inicjatywę. W r. 1925 utworzono komisję nauczania higieny, w której wzięli udział dyrektorzy poszczególnych szkół higieny i zakładów higieny. Nawiązano kontakty z uniwersytetami, wykazując wielkie znaczenie nauczania podstaw medycyny zapobiegawczej na wydziałach lekarskich.

Poddano dyskusji programy i metody nauczania lekarzy, powołując do tego celu wybitnych znawców.

W r. 1927 zorganizowano w Paryżu i w Londynie dwa kursy wyższe higieny, zapraszając wybitnych prelegentów rozmaitych państw. W kursach wzięli udział lekarze higieniści 20 różnych narodowości.

Organizacja walki z malarią wymagała przygotowania lekarzy specjalistów.

W czterech wielkich ośrodkach uniwersyteckich w Europie, a obecnie i w Indiach angielskich, zorganizowane zostały stałe kursy malariologii.

Na skutek tej działalności nauczania, powstało bogate piśmiennictwo wydane nakładem organizacji higieny, we wszystkich działach służby zdrowia, administracji i organizacji, walki z chorobami zakaźnymi, chorobami społecznymi itp.

Składa się ono dzisiaj z kilkuset tomów wartościowych prac, z których lekarz higienista, lekarz administrator, badacz — może czerpać w całej pełni, docierając do źródeł i wiadomości bezpośrednich, urzędowych i sprawdzonych.

W porozumieniu z rządami zainteresowanymi organizacja higieny deleguje od czasu do czasu ekspertów, w celu przeprowadzenia reorganizacji służby zdrowia, lub zwalczania epidemii i chorób powstałych wskutek klęsk losowych. W ten sposób utworzono w Polsce w r. 1919 Komisję Epidemiczną do walki z tyfusem plamistym, w Grecji przeprowadzono wielką kampanię szczepień po powrocie około miliona uchodźców z Małej Azji, w Bułgarii po ostatnim trzęsieniu ziemi w r. 1928 ustalono szereg zarządzeń w celu przeciwdziałania wybuchowi epidemii.

Od szeregu lat rzeczoznawcy higieniści pracują z ramienia Ligi Narodów w Chinach, które przystąpiły w niektórych dzielnicach do tworzenia urzędów sanitarnych, ośrodków zdrowia, szkół pielęgniarstwa i szkół dla położnych itd.

Podobnież w Grecji jeden z członków Sekcji Higieny przez szereg lat był doradcą rządu greckiego w sprawach administracji sanitarnej, kierując równocześnie nowopowstającą szkołę higieny dla lekarzy i personelu sanitarnego.

Jeszcze w okresie przedwojennym istniały międzynarodowe organizacje higieniczne, jak to: Międzynarodowy Urząd Higieny w Paryżu (Office international d'Hygiène Publique) i Fundacja Rockefellera. Sekcja Higieny Ligi Narodów nawiązała współpracę z tymi organizacjami, które dzisiaj komunikują się wzajemnie i wspólnie pracują nad rozwiązaniem zagadnień zdrowotnych.

Jedną z niezmiernie cennych zdobyczy osiągniętych na tym polu, jest stopniowo przeprowadzane ujednostajnienie statystyki chorobowości, śmiertelności i przyczyn zgonów. Ustalenie pojęcia „martwourodzony" — jest przykładem i umożliwia porównanie danych liczbowych różnych krajów, dotyczących liczby i śmiertelności

niemowlęcej; odsetki są dzisiaj obliczane w stosunku do urodzeń żywych, a nie całej liczby urodzin.

Rejestracja przyczyn zgonów została ustaloną na konferencjach dyrektorów urzędów statystycznych przy współpracy Międzynarodowego Instytutu Statystycznego.

W ten sposób przedstawia się w ogólnych zarysach bogaty dorobek międzynarodowej współpracy na polu higieny. Władze służby zdrowia państw zachodnich są obecnie znakomicie poinformowane o wszelkich metodach, zmierzających ku poprawie zdrowotności publicznej. Mogą one korzystać z doświadczeń innych krajów, mogą omawiać na forum międzynarodowym zagadnienia sporne lub wymagające uzupełniających studiów.

W zwalczaniu epidemij, szerzących się drogą morską, powietrzną lub lądową, możliwe jest dzisiaj zastosowanie wszelkich środków nowoczesnych przez cały zespół państw, a zresztą rozpowszechnienie wiadomości epidemiologicznych przez Ligę Narodów poszło tak daleko, że wybuch choroby zakaźnej jest tłumiony w zarodku, jeżeli chodzi o bezpieczeństwo stosunków międzynarodowych.

Dzięki inicjatywie idącej z Genewy, na czoło zagadnień higienicznych, wysunęły się sprawy żywienia i sprawy mieszkaniowe, posiadające niezmierne znaczenie dla zdrowia ogółu, a młodego pokolenia w szczególności. W programie działalności higienicznej, zagadnienia wspomniane zajmują pierwsze miejsce, obok tak zwanych klasycznych klęsk społecznych.

# Zwężenia przełyku i ich leczenie

podał

DR ADOLF SCHWARZBART — KRAKÓW.

Dla zrozumienia kliniki zwężeń przełyku konieczne jest przypomnienie kilku szczegółów z dziedziny anatomii i fizjologii przełyku, z których niektóre są nowszej daty.

Przełyk jest rurą mięśniową o kilku zwężeniach fizjologicznych: I. cieśń pierścieniowa około 15 cm. od zgryzu, II. cieśń aortalna i rozwidleniowa około 23 — 24 cm. od zgryzu i III. cieśń przeponowa około 38 cm. od zgryzu, a 3 od wpustu. Liczby te dotyczą dorosłego mężczyzny. Środkowy odcinek przełyku znajduje się fizjologicznie z powodu ujemnego ciśnienia klatki piersiowej w stanie stałego rozdęcia i wskutek tego jest poniekąd nie zamkniętym kanałem, lecz przestrzenią jamistą. Szczególnie wybitne jest zwężenie światła w cieśni III. Zajmuje ono dłuższy odcinek 3 — 4 cm. Na odcinku tym mięśniówka posiada dość znaczną grubość, tworzy typowy zwieracz i przechodzi bezpośrednio we wpust. Domykającym czynnikiem jest również sąsiadująca przepona z jej włóknami mięsnymi. Zwieracz ten podobnie jak cała mięśniówka okrężna przełyku, jest unerwiony przez nerw błędny, podczas gdy wiązki podłużne mięśni, działające rozszerzająco, unerwione są przez nerw współczulny. Te dwie grupy nerwowe, w myśl znanego działania antagonistycznego, regulują rodzaj i stopień napięcia mięśniowego w okolicy III. cieśni, podobnie zresztą jak w innych odcinkach przełyku. Wiadomości te są kluczem do zrozumienia stanów spastycznych w przełyku a przede wszystkim w dolnym jego odcinku, gdzie do pewnego stopnia pokrywają się one ze znanym internistom zespołem „cardiospasmus" względnie „phrenocardiospasmus" *(Krauss)*. W stanach tych nie można również wykluczyć wpływu mięśni przepony, jak przypuszcza *Chevalier-Jackson*. Ważnym jest również stwierdzenie, iż rozszerzalność przełyku jest w wymiarze poprzecznym znacznie wydatniejsza, niż w przednio-tylnym. Przez uraz rozumieją klinicyści w odniesieniu do zwężeń przełyku, nie tylko rany w ścisłym znaczeniu tego słowa, lecz także skutki oparzeń i środków żrących. Jest to terminologia niezbyt ścisła. Również dość krytycznie można się na to zapatrywać, jeśli kliniczna klasyfikacja zwężeń przełyku na „urazowe" i „zapalne" rozumie przez czynniki zapalne: 1) odczyny miejscowe w przebiegu chorób zakaźnych (dur, ospa, szkarlatyna, itd.); 2) gruźlicę i kiłę; 3) promienicę i 4) wrzód peptyczny przełyku. Klasyfikacja taka jest niewątpliwie dość sztuczną, tym bardziej, iż w praktyce niepodobna oddzielić od pojęcia zwężeń organicznych dwóch zasadniczo osobno traktowanych czynników. Są nimi stany spastyczne traktowane jako cierpienie „funkcjonalne" i „oesophagitis" jako choroba sui generis. Również sprawy nowotworowe, jako też wszelkie czynniki zzewnątrz, uciskające na przełyk, bywają z klasyfikacji zwężeń przełyku wyłączone. Zwężenia przełyku, występujące po środkach żrących, są często a nawet przeważnie wielokrotne i na różnych wysokościach rozmieszczone. Przed każdym zwężeniem, zwłaszcza nisko (w III. cieśni) umiejscowionym, powstaje z czasem retrodylatacja przełyku, stopniowo wzrastająca. Zwężenia bywają różnego kształtu i rozmiaru. Nierzadkie są zwężenia pierścieniowe. Zwężenia niskie zgodnie z opisanymi powyżej stosunkami w III. cieśni są zazwyczaj długie na blizko 3 — 4 cm. czyli rurkowate, i przeciwstawiają wprowadzonemu zgłębnikowi dość znaczny opór.

Jeżeli przez zwężenia w naszym pojęciu rozumiemy przede wszystkim zwężenia bliznowate, a w każdym razie do stanów bliznowatych prowadzące, to nie da się przeoczyć, iż klinika zwężeń dostarcza pewnej ich ilości o etiologii, nie mieszczącej się łatwo w podanej klasyfikacji i dość niejasnej. Dotyczą one głównie dolnego odcinka przełyku. Wytłumaczenie ich obraca się jeszcze poniekąd w ramach hipotezy. Do powstawania ich mają przyczyniać się: 1) wrodzona względna wąskość dol-

nego odcinka przełyku; 2) nerwowy typ osobniczy, połączony ze zbyt szybkim jedzeniem i niedostatecznym żuciem pokarmów, i ewentualnie sprzyjające okoliczności niedostatecznego uzębienia (sztuczne zgryzy, itp.). W następstwie tych okoliczności gromadzą się przed III. cieśnią zbyt duże kęsy pokarmowe, na co reaguje wpust brakiem gotowości do przepuszczania tych kęsów. Daje to początek stanom spastycznym (cardiospasmus simplex, oesophagospasmus) z następowym zatrzymaniem pokarmów i retrodylatacją. Zatrzymanie to powoduje z czasem stan zapalny śluzówki i ścian przełyku (oesophagitis) z przerostem śluzówki i mięśniówki. Ten stan zapalny nawzajem potęguje stan spastyczny i tak powstaje błędne koło. Po pewnym czasie intermittujące zwężenie spastyczne przemienia się w stenozę stałą, organiczną. Zwężenia tego rodzaju prowadzą do niezwykle zbitych zgrubień ściany, które z czasem mogą również ulec zwyrodnieniu rakowatemu.

Nie tylko jednak w powyższym obrazie, lecz także w ramach typowych zwężeń bliznowatych na skutek ran i skaleczeń, ciał obcych, oparzeń lub zadziałania środków żrących czy ubytków, powstałych na skutek chorób zakaźnych itd., odgrywa zespół „oesophagitis" pierwszorzędną rolę zanim dochodzi do okresu zwężenia bliznowatego. Cykl składa się zasadniczo z 4 okresów: 1. okres nekrozy, 2. owrzodzenia, 3. procesu reparacji z produkcją ziarniny i 4. końcowy okres bliznowacenia. W pierwszych dwóch okresach spotykamy się stale z zespołem zapalenia przełyku, w trzecim może on występować okresowo, po części w następstwie stosowania metod leczniczych. Co do czasu trwania tych okresów nie można podać żadnych stałych reguł. Schematycznie w wypadku zadziałania środków żrących przyjmuje się na każdy z pierwszych dwóch okresów około 2 tygodni. Również co do częstości zwężeń przełyku i rozmaitych ich odmian spostrzega się w różnych krajach najrozmaitsze dane statystyczne np. w Europie wschodniej, szczególnie w krajach bałkańskich, zwężenia na skutek środków żrących są niezmiernie częste i przytłaczają, w stosunku 9 do 1, zwężenia z powodu nowotworów. Wręcz odwrotnie przedstawiają się statystyki francuskie. W etiologii zwężeń bliznowatych naogół ciała obce, oparzenia, rany i skaleczenia w ścisłym tego słowa znaczeniu małą stosunkowo odgrywają rolę. Ze środków żrących głównie wchodzą w rachubę ług potasowy i kwasy: siarkowy, azotowy, solny, octowy. Nad bliższymi szczegółami umiejscowienia kształtu i rozmiaru zwężeń nie warto się zatrzymywać z punktu widzenia ogólnej orientacji dla lekarza - praktyka. Interesują one przede wszystkim specjalistę, któremu przypada w udziale techniczne rozwiązanie zagadnienia rozszerzenia.

Przechodzę do sprawy oesophagitis. Cechuje się ona bólem, uczuciem pragnienia, wymiotami. Towarzyszy jej brak łaknienia, względnie absolutny opór przeciwko odżywianiu się. Przeciwnie stałe zwężenie bliznowate odznacza się przy braku dolegliwości i chęci odżywiania się obiektywną trudnością przeprowadzania pokarmów i napojów do żołądka. Dominującym środkiem rozpoznawczym dla zwężeń jest roentgen i oesophagoskopia. Główne niebezpieczeństwo powikłań wyraża się miejscowo w perforacji przełyku, zapaleniu ropnym lub zgorzelinowym tkanki okołoprzełykowej i śródpiersia, w ropniu lub zgorzeli płuc, w przetokach z przełyku do dróg oddechowych, a ogólnie w toxemii i charłactwie. Niepezpieczeństwa te decydują też częściowo o rokowaniu. Druga część rokowania wyraża się w szansach postępowania leczniczego, które koncentruje się w technice i wskazaniach oesophagoskopii i dylatacji.

W najcięższym okresie ostrych objawów zgorzeli i wczesnej oesophagitis poza leczeniem symptomatycznym, dużą rolę odgrywa zagadnienie żywienia. Często uciec się trzeba do żywienia sztucznego (per rectum) według reguł internistycznych. Niekiedy gastrostomia okazuje się nieunikniona. Wskazaniem do niej jest w tym okresie, jeśli pominiemy niektóre propozycje,jak dotąd mało uznane *(Erdelyi)*, dotyczące wczesnego sondowania, wyłącznie tylko żywienie i podtrzymywanie sił.

Przechodzę do pierwszorzędnie ważnej sprawy leczenia miejscowego, tj. rozszerzania. Jakkolwiek stopień uszkodzeń, prowadzących do zwężeń bliznowatych bywa bardzo różny, to jednak mylnym jest zapatrywanie, iż przy znacznym uszkodzeniu ścian przełyku, zwłaszcza środkami żrącymi, przychodzi często do zupełnej lub przynajmniej praktycznie biorąc zupełnej — obli-

teracji, tj. do niemożności wprowadzania cienkich sond. Warunkiem dla umożliwienia zgłębnikowania ciasnych pasażów przełykowych jest skrupulatne spełnienie kilku zasadniczych przesłanek. Po pierwsze należy przeczekać z sondowaniem do okresu tworzenia się ziarniny, czyli do okresu III. Gdy w okresie tym utrzymują się objawy oesophagitis, należy je metodycznie tłumić i zwalczać, przed założeniem sondy. Wybitny znawca tych spraw, *Guiséz* radzi w tym celu w ciągu 2 do 3 dni przed zabiegiem wielokrotne płukanie przełyku nad stenozą i częste podawanie płynów lekko alkalicznych. (Vichy itp.), a to nawet i wówczas, gdy pacjent płyny podawane zwraca. Bardzo ważnym jest również skrupulatne przygotowanie terenu przy pomocy adrenaliny i kokainy, jakoteż mechaniczne odczyszczenie okolicy zwężenia przez aspirację. Poszukiwanie drogi przy pomocy najcieńszych półtwardych sond, musi odbywać się z wielką ostrożnością i cierpliwością i to wyłącznie pod kontrolą wzroku drogą oesophagoskopii. Niekiedy trzeba wprowadzić sond tych kilka obok siebie, aż jedna z nich trafi do otworu. Przy spełnianiu tych warunków okaże się, że, praktycznie biorąc, niemal wszystkie bez wyjątku zwężenia można sondować drogą naturalną. Gdy zaś zdarzy się wypadek, w którym droga ta zawodzi, to można z góry przesądzić, że i od strony żołądka rezultatu nie uzyskamy. Szczegóły postępowania są następujące: uzyskawszy pasaż cienką sondą, nie należy odrazu przechodzić do grubszych numerów, lecz sonda winna być zostawioną w miejscu przez kilka — najmniej 5 do 6 — godzin. Po kilku (3 — 4) dniach, przechodzi się do powtórnego rozszerzenia, przy czym pokaże się (ciągle w oesophagoskopii), iż sonda gładko przechodzi. Wówczas należy posunąć się o 1 — 2 numery wyżej i uda się to również z łatwością. Ostatnią sondę należy zostawić in situ jak przy pierwszym posiedzeniu. Tą drogą dojdzie się w krótkim czasie, stale zważając na tłumienie objawów oesophagitis, do doskonałych wyników nawet przy najtwardszych bliznach. Zazwyczaj wystarcza 4 — 5 seansów. Niekiedy zwłaszcza w zwężeniach spastycznych o wyżej omawianym typie, — gdy objawy oesophagitis mało są zaznaczone, uzyska się dobre wyniki, wykorzystując większą rozszerzalność przełyku w wymiarze poprzecznym. Mam na myśli metodę dylatacyjną wielozgłębnikową (dilatation multibougiaire). Polega ona na tym, iż zakładamy po kolei dwie sondy cienkie, jedną obok drugiej, w wymiarze poprzecznym, po czym zakładamy trzecią taką samą między poprzednimi. Stopniowo zwiększamy średnicę tych sond.

Odnośnie do oceny wartości gastrostomii, warto zapamiętać, że sama gastrostomia nigdy nie poprawi stanu przedmiotowego dysfagii, tj. trudności przeprowadzania pokarmu przez przełyk. Gastrostomia poza tym ratuje wprawdzie sytuację u dorosłych na punkcie żywienia, jednakże u dzieci żywienie sztuczne okazuje się na dłuższą metę absolutnie niewystarczające. Dzieci te mimo wszelkie wysiłki — chudną jak szkielety. O ile jednak gastrostomia jest już założona, praktykuje się niezależnie od dobrych wyników rozszerzania od góry, — pewną odmianę rozszerzania tzw. sondowanie bez końca. Metoda ta opracowana w najrozmaitszych odmianach a wymagająca zasadniczo możliwości przejścia cienką sondą, polega na wprowadzaniu od dołu ku górze kolejno coraz grubszych sond, przy czym zaczynamy od najcieńszych, a coraz grubsze in continuo przymocowujemy do poprzednich. *Wessely* w r. 1906 podał modyfikację polegającą na przyśrubywaniu sondy następnej do poprzedniej.

Inną modyfikacją sondowania od góry jest metoda *Hasslingera*, polegająca na wprowadzeniu od góry zgłębników wydrążonych, wypełnionych w środku ołowiem *(Bleifisch)*. W wypadkach rzeczywistego zarośnięcia zupełnego, korzystne wyniki osiąga się nader ostrożnie stosowaną elektrolizą, a ostatnio również elektrokoagulacją, czyli zimną kaustyką diatermiczną. Warunkiem jest, aby warstwa tkanki bliznowatej nie była zbyt grubą. W tym ostatnim razie pozostaje jeszcze jako ultimum refugium metoda należąca już do domeny ogólnej chirurgii, a polegająca na przeszczepieniu pętli jelitowej łączącej górny drożny odcinek przełyku z okolicą wpustu. Jest to tzw. przełyk sztuczny. (oesophagoplastie thoracique).

Jak już zaznaczyłem, okres rozpoczęcia rozszerzania i czas jego trwania nie dadzą się ująć w żaden schemat. Naogół jednak początek rozszerzania po zadziałaniu środków żrących, przypada nie wcześniej, niż na jakie 7 — 8 tygodni od wypadku, zaś czas trwania wynosi niekiedy miesiące i lata.

Ze środków odżywczych w okresach początkowych należy wymienić obok wód al-

kalicznych — mleko, rosoły i zupy, purée, potem mięso tarte.

Z powyższych wywodów wynika, iż postępowanie lecznicze w przebiegu rozwoju zwężeń bliznowatych wymaga uwzględnienia licznych okoliczności, jeśli cierpienia chorego mają być ad maximum zmniejszone, a wyniki kształtować się możliwie korzystnie. Rozszerzania na ślepo, a tym samym i stosowanie ich przez samego chorego nie są wskazane; rozszerzanie źle zastosowane grozi niebezpieczeństwami, jak perioesophagitis, mediastinitis i krwotoki, niewykluczające zejścia śmiertelnego, natomiast przy postępowaniu metodycznym i fachowym — i odpowiedniej sumie doświadczenia, odpada moment niebezpieczeństwa, a perspektywy lecznicze są wcale obiecujące.

Na zakończenie wypada zaznaczyć, że w uwagach niniejszych nie miałem zamiaru przedstawić systematycznego i wyczerpującego wykładu rozległej dziedziny bliznowatych zwężeń przełyku, lecz tylko naszkicować kilka uwag, mogących najbardziej zaciekawić lekarza-praktyka.

# VI-ty Międzynarodowy Kongres Urologiczny w Wiedniu

podał

DR. MED. HERMAN DATYNER. Warszawa.

We wrześniu b. r. odbył się w Wiedniu VI-ty Międzynarodowy Kongres Urologiczny, w którym przyjęło udział kilkuset lekarzy z całego świata. Polska była również reprezentowana na Zjeździe przez kilku kolegów.

Po powitalnych mowach pp. Ministra Oświaty, Opieki Społecznej i Wiceprezydenta Miasta Wiednia przystąpiono do obrad naukowych Zjazdu, któremu przewodniczył podczas trwania całego Kongresu prof. Blum (Wiedeń). Pierwszy temat główny dotyczył leczenia raka prostaty. Pierwszy referent Hryntschak (Wiedeń) omówił na zasadzie 39 przypadków (wśród 500 operowanych prostatyków) powstawanie raka prostaty z punktu widzenia anatomo - patologicznego, wskazując na tylną część otoczki jako na początkowy punkt wyjścia guza. W rozwoju raka prostaty referent odróżnia 4 okresy: 1) okres regeneracyjny; 2) okres przygotowawczy (Carcinombereitschaft"); 3) okres przedrakowy („precanceröse Phase"); i 4) gotowy rak. Ciekawe jest, że u 3% chorych na raka prostaty wśród 310 operowanych nie było żadnych klinicznych objawów wskazujących na schorzenie to, a w 7%-tach znalazł Hryntschak przy badaniu preparatów zmiany „przedrakowe".

Drugi referent C. A. Nitch (Anglia) jest zwolennikiem leczenia konserwatywnego raka prostaty, polegającego na stosowaniu rentgenoterapii, dającej 6% wyleczenia, lub radu ale w dużych ilościach (przez odbytnicę, pęcherz i cewkę), po którym wyniki są lepsze, gdyż dały dotychczas, na materiale wprawdzie jeszcze nie dużym, 28% wyleczenia. Leczenie zachowawczo - chirurgiczne polega na nałożeniu przetoki pęcherzowej, przeszczepieniu moczowodów do kiszki lub elektroresekcji, którą w połączeniu z umiejętnym stosowaniem radu prelegent uważa w przyszłości jako metodę wyboru, szczególnie w przypadkach zatrzymania moczu wskutek raka naokoło szyjki pęcherza.

Wskutek nieobecności trzeciego referenta prof. Oreja (Hiszpania) generalny sekretarz Kongresu Hryntschak odczytał streszczenie jego referatu, w którym Oreja mówiąc o radykalnych metodach operacyjnych raka prostaty wskazuje na metodę kroczową, mającą więcej zwolenników niż operacja ponad spojeniem łonowym, dająca gorsze wyniki. Referent twierdzi, że schorzenie jest często zapóźno rozpoznawane i dlatego radzi badać każdą prostatę u mężczyzny, który przekroczył 50-ty rok życia. W wypadkach, w których rozpoznanie raka już nie nasuwa wątpliwości, referent stosuje tylko paliatywne metody, mianowicie resekcję transuretralną i nałożenie przetoki ponadłonowej.

Po referatach wyłoniła się obszerna dyskusja. Jako pierwszy zabrał głos Keyes (Nowy York), który główną uwagę zwraca na wczesne rozpoznanie cierpienia i w tym celu radzi w przypadkach chronicznego zapalenia lub guzowatego schorzenia gruczołu krokowego nakłuć krocze dla otrzymania przez punkcję ewent. komórek nowotworowych. Prelegent jest zwolennikiem leczenia radem drogą kombinowaną (przez krocze i ponad spojeniem łonowym). V. Illyes (Budapeszt) przedstawił statystykę leczonych i operowanych przez niego chorych, z której wynika, że wśród 287 przypadków, u których dokonana była prostatektomia z powodu objawów hypertrofii prostaty, w 27 okazał się rak. W 310 przypadkach rozpoznanych klinicznie jako zwyrodnienie rakowate prostaty, dokonana była częściowa prostatektomia lub resekcja z leczeniem następnie radem; a w większości przypadków robiono naświetlanie promieniami Rentgena. Rezultaty późniejsze u operowanych i leczonych były następujące: pomiędzy 27-ma operowanymi 8 chorych żyło po operacji 5 lat, a troje — 10 lat; wśród 51 chorych po dokonaniu częściowej prostatektomii — 5 żyło trzy lata a 2-ch chorych — 10 lat; z 62 chorych po dokonanej resekcji i zastosowaniu następnie radu trzech żyło 3 lata i jeden 10 lat; wreszcie pomiędzy 179-ma chorymi leczonymi promieniami Rentgena 16 żyło 3 lata, pięcioro 4 lata, 2-ch — 5 lat. Prelegent uważa otrzymane wyniki w porównaniu z wynikami leczniczymi raków w innych organach za niezadawalające i twierdzi, że jesteśmy poniekąd bezsilni w leczeniu raków prostaty.

Pasteau (Paryż) zapatruje się pesymistycznie na możliwość leczenia raka gruczołu krokowego i już w samej prostatektomii widzi początek walki przeciw schorzeniu temu, a przy pewnej diagnozie jest przeciwnikiem wszelkich zabiegów chirurgicznych. Chauvin (Francja) zakłada na 8 — 10 dni rad przez krocze za pomocą specjalnej techniki, która w celu uniknięcia przerzutów gra podług zdania prelegenta ogromną rolę; Chauvin ostrzega przed stosowaniem metody wewnątrzpęcherzowej, która jest poza tym bardzo bolesna. Gaudy (Belgia) operował i leczył różnymi metodami 41 przypadków; stosował np. głęboką terapię rentgenologiczną, stosował metody kombinowane z zakładaniem radu itd., ale wyniki miał naogół nie dobre i dlatego przychodzi do pesymistycznych wniosków, mówiąc otwarcie, że gdyby sam miał raka prostaty, dałby sobie zrobić tylko cystomię i zażywał by opium. Oekonomos (Ateny) operuje metodą Mariona lub Jounga, ale quo ad sanationem nie ma dobrych wyników; stosuje również rad szczególnie w przypadkach, gdzie enukleacja całkowita jest niemożliwa, a u chorych nienadających się do operacji radzi stosować poza morfiną i chininą zastrzyki śródmięśniowe prolanu, po których, podług zdania prelegenta, giną bóle i krwiomocz, a samopoczucie u chorych ogólnie się poprawia; Oekonomos obserwował nawet w jednym przypadku po zastrzyku prolanu

zginięcie przerzutów ponad spojeniem łonowym. Morson (Anglia) ma złe wyniki po stosowaniu radu i nie radzi pacjentom tego leczenia ze względu m. in. na bóle. Kneiss (Niemcy) mówi, że jesteśmy bezsilni w leczeniu raków prostaty; prelegent tylko w ostateczności nakłada przetokę pęcherzową, poza tym nic nie robi. Bugbee (Ameryka) stosuje rad i rentgenoterapię. Chevassu (Paryż) stosuje dla celów rozpoznawczych uretro- i cysto-grafię za pomocą wstrzyknięć lipiodolu dla odróżnienia schorzenia rakowatego prostaty od chronicznego zapalnego stanu gruczołu; dla potwierdzenia swych wywodów prelegent pokazał szereg interesujących i dokładnych zdjęć i zaznaczył m. in., że z wyników stosowania lipiodolu jest b. zadowolony, stosuje go 8 — 10 razy dziennie i nie widział żadnych ujemnych objawów u chorych po wstrzyknięciu. W razie stwierdzenia raka Chevassu stosuje cystostomię i rad, ale przyznaje, że nie widział ani jednego wypadku wyleczonego; również radzi badać u każdego mężczyzny prostatę po ukończeniu 50-tego roku życia.

Zinner (Wiedeń) wskazuje np. na ból przy siedzeniu, jako na ważny objaw przy rozpoznawaniu schorzenia rakowatego prostaty oraz radzi stosować proteinoterapię we wstrzyknięciach dla różniczkowania stanu zapalnego od raka gruczołu krokowego; ruchome guzy rakowate prostaty nadają się zdaniem prelegenta do operacji metodę kroczową. Zinner podaje 7 przypadków operowanych specjalną metodą za pomocą ponadłonowej całkowitej pozaotoczkowej prostatektomii, z których trzy mają się dotychczas dobrze. Trochę optymizmu do dyskusji wniósł w swym przemówieniu Wildbolz (Szwajcaria), który wśród 246-ciu chorych na raka prostaty 181 przypadków nie operował, a u 65-ciu pacjentów dokonał prostatektomii drogą kroczową; z nich 5-ciu = 7,7% umarło po operacji 20-tu = 30,7% umarło w okresie 1 — 3 lat wskutek przerzutów lub miejscowych nawrotów; 7-ro = 10,7% umarło w okresie 1 — 3 lat wskutek różnych chorób (apopleksja, pneumonia itd.); 10-ciu = 15% prelegent obserwował w okresie 1 — 3 lat jako wyleczonych; wreszcie 23-ch pacjentów = 35,4% było dłużej niż trzy lata zdrowymi i tylko u 7-miu z nich nastąpił w późniejszych latach nawrót (u 1-go w 9 lat po operacji, a u 2-ch pacjentów po 6-ciu latach). Wildbolz uważa otrzymane przez niego wyniki za stosunkowo pomyślne i dlatego nie radzi odstępować od leczenia operacyjnego, głównie drogą kroczową. Lichtenstern (Wiedeń) dokonał 184-ch prostatektomii, wśród których w 24-ch przypadkach było rozpoznane schorzenie rakowate; prelegent uważa raki wychodzące z otoczki prostaty jako najmniej pomyślne co do wyników, poza tym operuje ponadłonowo i stosuje później przeważnie rentgenoterapię w małych dawkach w przeciągu 8-miu tygodni; leczenia radem Lichtenstern unika, gdyż działa on zdaniem prelegenta drażniąco. Hryntschak (Wiedeń) wskazuje na nowoczesną metodę dietetycznego leczenia raków podług systemu Freunda - Kaminera i na możliwość zastosowania metody tej u chorych na raka prostaty; Freund i Kaminer, mianowicie, przyszli na zasadzie doświadczeń do wniosku, że w przewodzie pokarmowym u rakowatych chorych wskutek patologicznej działalności flory bakteryjnej (b. coli) powstają ciała, jak np. kwas rakowy („Carcinomfettsäure"), które powstają z tłuszczu zwierzęcego przy kwaśnej fermentacji oraz działają na rozrost tkanki, a przy zastosowaniu pewnych produktów białkowych, olei i dezynfekcji kiszek zmniejszają się. Kaminer i Freund radzą przeto w przypadkach nienadających się do operacji lub u chorych z przerzutami, zwracać główną uwagę na przewód pokarmowy przez podawanie specjalnej diety.

Lasio (Mediolan) wskazuje na negatywne wyniki leczenia radiologicznego. Blatt (Wiedeń) jest przeciwnikiem elektroresekcji i przeszczepienia moczowodów do kiszki oraz radzi w przypadkach podejrzanych operować metodą kombinowaną, mianowicie rozpocząć drogą ponadłonową, a skończyć przez krocze; w wypadkach, niepodlegających wątpliwości, prelegent radzi stosować tylko rentgenoterapię. Blatt podaje również statystykę za okres ostatnich 5-ciu lat z kliniki Rubritiusa w Wiedniu, z której wynika, że z pośród 236 pacjentów prostatyków, 143-ch było operowanych, a pomiędzy nimi było 22-ch chorych na raka prostaty; prelegent uważa, że u każdego 5 — 8-go pacjenta z przerostem gruczołu krokowego następuje złośliwa degeneracja prostaty. Rainoldi (Rzym) podaje statystykę 53-ch operowanych przypadków z wynikami niepomyślnymi; prelegent radzi stosować metodykę ponadłonową, a nie kroczową. Van den Branden (Belgia) radzi jak najprędzej operować przypadki podejrzane („adenome suspecte"). Bruni (Italia) ma złe wyniki z radem i radzi naświetlanie promieniami Rentgena. Marinescu (Rumunia) operuje drogą kroczową i stosuje rentgenoterapię, a rad zakłada przez cystostomię. G. G. Smith (Ameryka) przedstawił w swej statystyce wyniki na zasadzie 53-ch przypadków operowanych metodą Joung'a; śmierć nastąpiła w 25-ciu przypadkach; 6-ciu umarło później z różnych przyczyn; 2-ch chorych żyło po operacji 3 — 4 lata; 3-ch chorych żyło 4 — 5 lat; 3-ch chorych żyło 5 — 6 lat; i 3-ch chorych żyło 7 — 8 lat po operacji. Z tak wielkiej ilości mówców widzimy, że problem leczenia raka prostaty jest nadal otwarty i czeka nadal na rozstrzygnięcie.

Drugi dzień kongresu poświęcony był następnemu tematowi głównemu: „O ropieniach tkanki nerkowej". Pierwszy referent Cabot (Ameryka) poruszył kwestię zakażenia nerki na drodze krwiobiegu; mianowicie u 46-ciu chorych na zapalenie gardła, ust lub uszu, znajdujących się w stanie podgorączkowym ,był badany mocz, wzięty cewnikiem, oraz dokonano analizy krwi, przy czym pacjenci nie mieli żadnych objawów chorobowych ze strony nerek; w 32-ch przypadkach stwierdzono obecność drobnoustrojów mikroskopijnie, a w 18-tu za pomocą posiewów, które u 2-ch chorych wykazały obecność paciorkowców. Ropotwórcze bakterie znajdowały się w moczu już we wczesnym okresie cierpienia, ale prędko znikły z normalnego poza tym moczu. W miąższu nerkowym i w korze znajdują się pierwotne ogniska, z których tworzą się ropnie nerkowe i okołonerkowe. Dla rozpoznania cierpienia niezbędne jest badanie rentgenologiczne oraz wskazane są pyelografia dożylna i wstępująca, które w razie obecności ropni wykazują zniekształcenie kielichów oraz słabe nasycenie cienia ewentualnie przemieszczonej nerki. W przypadkach bardzo ostrych i w razie obecności ropnia Cabot jest zwolennikiem zabiegu operacyjnego, poza tym

radzi zachować się wyczekująco i stosować leczenie zachowawcze.

Drugi referent v. I l l y e s (Budapeszt) uważa, że zakażenie ropne nerki następuje drogami chłonnymi, moczowymi i przez krwiobieg, ale czasami droga zakażenia jest niewiadoma. Prelegent odróżnia trzy kliniczne postaci chorób ropnych nerki: 1) ropne zapalenie nerek oraz karbunkuł nerki; 2) ropne zapalenie miedniczek i nerek i 3) roponercze. Zastój moczu prowadzi do zakażenia przez drogi moczowe; zapalenie wyrostka robaczkowego lub organów kobiecych prowadzą do rozpowszechnienia się infekcji drogami chłonnymi.

Trzeci referent N e c k e r (Wiedeń) omawia ropnie nerki i dzieli je na dwie grupy: 1) na pierwotne ropnie tkanki nerkowej i 2 )na wtórne ropnie miedniczki i nerki. Autor na zasadzie badań u zwierząt dowodzi, że ziarniaki wywołują zakażenie kory nerkowej, a pałeczki okrężnicy umiejscawiają się w śluzówce i w ścianie miedniczki oraz kielichów nerki. Pierwotny ropień tkanki nerkowej ogranicza się zwykle w korze i wywołany zostaje przez gronkowiec złocisty, a pałeczki okrężnicy są przyczyną wtórnych ropni. Przy rozpowszechnianiu się zakażenia drogą krwiobiegu zakażenie przechodzi z miedniczki na korę. Podwyższona ciepłota, bolesność w okolicy nerek i ogólne złe samopoczucie są to główne objawy schorzenia. Czasami bywają okresy bezgorączkowe. Ze względów rozpoznawczych i prognostycznych koniecznym jest częste morfologiczne badanie krwi. Czasami stwierdza się czynnościowe upośledzenie nerki. Badanie rentgenologiczne oraz pyelografia dożylna i wstępująca muszą być stosowane w celach rozpoznawczych. Przy pierwotnych ropniach referent radzi zachowywać się z początku wyczekująco ze względu na możliwość spontanicznego wyleczenia wskutek wydzielania się ropy przez drogi moczowe, i stosować leczenie zachowawcze. Przy stwierdzeniu ograniczonych ropni w celu uniknięcia rozszerzenia się takowych na sąsiednie tkanki tłuszczowe, N e c k e r radzi wcześnie robić dekapsulację. Wtórne ropnie wymagają przed powzięciem decyzji terapeutycznej znalezienia punktu wyjścia zakażenia oraz dokładnego zbadania czynności nerek.

Po wygłoszeniu referatów wyłoniła się również dyskusja, w której jako pierwszy przemawiał R o s e n o (Niemcy); mówca na zasadzie doświadczeń przeprowadzonych u zwierząt za pomocą wstrzyknięć rozczynu soli kuchennej do art. renalis, uważa wstrzyknięcie środków antyseptycznych wprost do odpreparowanej Art. renalis u chorego za jedynie skuteczny sposób zwalczania zakażenia ropnego nerki. Radykalniej jeszcze postępuje D o s S a n t o s (Lizbona), który przy zapaleniach ropnych wstrzykuje 1%-owy rozczyn Merkurochromu do tętnicy brzusznej za pomocą nakłucia przykręgowego i ma w wielu przypadkach dobre wyniki. P a s c h k i s (Wiedeń) obserwował 2 przypadki ropni okołonerkowych, z których jeden powstał z przyczyny niewiadomej, a drugi wsutek przebicia złogu. Wskutek braku przez dłuższy czas wszelkich objawów chorobowych mówca zalicza oba przypadki do t. zw. „ropni ambulatoryjnych". M o r s o n (Anglia) uważa ropienie tkanki nerkowej za obiaw ogólnej infekcji, poza tym nie wierzy w działalność środków antyseptycznych. C h e v a s s u (Paryż) obserwował w przypadkach ropni kory nerkowej często samoistne wyleczenie a w jednym przypadku wskutek stosunkowo rzadkiego zakażenia b. pyocyaneus musiał dla uratowania chorego dokonać nephrektomii. H o r t b e l o m e i (Rumunia) stosuje z powodzeniem wstrzykiwanie szczepionek oraz czasami robi nefrotomię. A. F r y s z m a n (Warszawa) wskazał na zakażenie bakteriami Friedländera, powodujące rozległe zniszczenia miąższu nerkowego. T e p o s u (Cluj) podaje statystykę operowanych 78-iu przypadków, z których 48 dotyczyło ograniczonych ropni w nerce, a u 30-tu chorych ropień przeszedł na tkankę okołonerkową; zakażenia wywołane były przez gronkowce, paciorkowce i pałeczki okrężnicy. M i c h o n (Paryż) mówi, że przy stosowaniu pyelografii dożylnej i wstępującej można rozpoznać łatwo zakażenie ropne tkanki nerkowej. Prelegent uważa dekapsulację nerki za często wystarczający zabieg, a w przypadkach ropowicy okołonerkowej lub ropnia kory robi nacięcie oraz stosuje szczepionki. Z i n n e r (Wiedeń) zwraca uwagę na doniosłe znaczenie badania krwi dla celów rozpoznawczych, które w przypadkach ropni nerki lub powłok nerkowych wykazuje leukocytozę oraz przesunięcie w lewo; obraz krwi musi być ze względów terapeutycznych ciągle kontrolowany. Prelegent znajdował u wielu chorób skoliozę z wypukłością na stronę zdrową — stan mający, zdaniem Z i n n e r a, wpływ na tworzenie się ropni nerki; prelegent radzi stosować w celach rozpoznawczych pyelografię dożylną, która w razie obecności ropni wykazuje gorsze wydzielanie chorej nerki. R a i n o l d i (Italia) znajdował w obserwowanych przez niego przypadkach diplokokki Friendlendera, gronkowce, pałeczki ropy błękitnej, odmieniec, pałeczki okrężnicy i stosuje z powodzeniem autoszczepionki. L e p o u t r e (Francja) jest również zwolennikiem stosowania szczepionek. E d w i n B e e r (Nowy York) omówił działanie różnych drobnoustrojów, wywołujących ropienia nerek i w większości przypadków miał dobre wyniki przy stosowaniu zabiegów konserwatywnych. H e i t z - B o y e r (Paryż) wskazał, między innymi, na kiszki, które są często punktem wyjścia ropni nerkowych wskutek zakażenia pałeczką okrężnicy i enterokokami, oraz na uchyłki w gruczole krokowym („Cavités diverticulaires"), stwierdzone między innymi uretrografią i uretrocystoskopią, jako na źródło septicemii wskutek zakażenia gronkowcami. Prelegent jest również zwolennikiem terapii zachowawczej i stosuje z powodzeniem zastrzyki propidonu i szczepionek, a w przypadkach kilku ropni, gdzie leczenie zachowawcze zawodzi, stosuje z powodzeniem nóż elektryczny („La bistouri electrique"). O e k o n o m o s (Ateny) na zasadzie swych doświadczeń radzi nie zwlekać z zabiegiem chirurgicznym, ale przed tym w zależności od przebiegu schorzenia i wyniku, między innymi, pyelografii stosować leczenie zachowawcze. Jeśli operacja jest konieczna, prelegent robi cięcie lędźwiowe, odsłania nerkę i w razie stwierdzenia jednego lub kilku ograniczonych ropni, nacina je i drenuje. W przypadkach antraksu nerki, prelegent uważa nacięci krzyżowe z wyłuszczeniem nacieczonych tkanek za wystarczające, nephrektomię zaś stosuje bardzo rzadko i tylko w wypadkach ciężkich, gdzie ropienie przeszło z powierzchni na całą nerkę i zagraża życiu chorego.

Następny dzień kongresu wypełniły odczyty na trzeci temat główny: „O fizjologii i patologii w wydzielaniu nerek". Pierwszy referent P i s a-

n i (Mediolan) omówił zmiany patologiczne, stosownie do których odróżnia w wydzielaniu nerek ostre i chroniczne uszkodzenia; przyczynę ich stanowią wady rozwojowe, wszelkiego rodzaju nabyte defekty albo czynnościowe upośledzenia elementów mięśniowo - nerwowych. Patologiczne wydzielanie w nerce może nastąpić wskutek mechanicznego przejściowego podrażnienia, albo z powodu pierwotnego lub wtórnego uszkodzenia. Hypotoniczno - hyperkinetyczne rozszerzenie oznacza początek częściowego zatrzymania; atoniczno-akinetyczne zaś rozszerzenie jest wyrazem stałej degeneracji wskutek zupełnego zaniku działalności organu.

Drugi referent, R u b r i t i u s (Wiedeń) omawiając fizjologię i odruchy moczowodów i pęcherza, dowiódł na zasadzie badań przeprowadzonych z d-rem F u c h s e m, że wskutek podwyższenia napięcia zwieracza pęcherzowego następuje przedwczesny skurcz jego i wytwarza się zaleganie moczu w pęcherzu. F u c h s podaje dwa różne stany czynnościowe w górnych drogach moczowych, z których jeden polega na perystaltyce, a drugi na powstawaniu dwóch odcinków: zwieraczowego i wypierającego, tworzących razem czynnościową jednostkę („zystoid"). Podczas skurczu pęcherza ustaje perystaltyka górnych dróg moczowych („Retentionsphase") i wtedy miedniczka oraz kielichy napełniają się moczem. Regulacja tych czynności między pęcherzem a górnymi drogami moczowymi następuje drogą odruchową. Przy dużej diurezie miedniczka jest bardzo wypełniona, a słabiej przy małej diurezie. Pyelografia dożylna potwierdza to spostrzeżenie. Przy powiększeniu się diurezy skurcze moczowodowe są silniejsze. Czynność śluzówki dróg moczowych polega m. in. na wsysaniu soli kuchennej i wody, mającym prawdopodobnie znaczenie przy przemianie materii w ustroju ludzkim, przy czym przy stopniowym rozszerzaniu się śluzówki, powiększa się jej zdolność wsysania. Między naczyniami włoskowatymi i nabłonkiem śluzówki dróg moczowych, szczególnie w okolicy sklepienia kielicha, panuje ścisły stosunek wzajemny. Pęknięcie makroskopijne śluzówki ma doniosłe znaczenie w patologii zastoju moczowego. Śluzówka ta przy maksymalnym rozszerzaniu się robi się przepuszczalna. Wsysanie w sklepieniu kielicha stanowi podług F u c h s a i H i n m a n a ważny proces fizjologiczny, polegający na niezbędnym wyrównywaniu aktów wytwarzania i wydzielania produktów w nerce.

Trzeci referent S n a p p e r (Amsterdam) zwrócił uwagę w swym odczycie nietylko na wydzielniczą, ale i na wytwórczą czynność nerki, mianowicie — na tworzenie się specjalnych ciał w tym narządzie. Mocz tworzy się w nerce przez koordynację różnych procesów fizjologicznych, przy czym kłębuszki i kanaliki spełniają odrębną zupełnie czynność. Badania R i c h a r d a z Filadelfii wykazały, że w kłębuszkach wydziela się z osocza krwi ultrafiltrat, który zawiera ciała krystaliczne osocza w tej samej koncentracji, jaką zawiera krew; ciała koloidalne natomiast, szczególnie proteinowe, nie przechodzą przez otoczkę kłębuszków. W kanalikach następuje nietylko wsysanie z powrotem wody i różnych produktów, ale również i wydzielanie. Przy przejściu przez kanaliki, filtrat kłębuszkowy zamienia się w mocz. Ilość wydzielanego filtratu kłębuszkowego waha się między 110 — 170 cm³ na minutę, przy czym 97 — 99% wody z filtratu wsysa się z powrotem w kanalikach. Dla czynności kłębuszków ma znaczenie wysokość ciśnienia krwi, które podlega samodzielnym i niezależnym zmianom w kłębuszkach i wpływa na wydzielanie filtratu kłębuszkowego. Ciała z dużym ciężarem cząsteczkowym (ponad 60.000) pozostają we krwi, a z mniejszym ciężarem (poniżej 40.000) znajdują się w filtracie kłębuszkowym. S n a p p e r cytuje następnie prace N a s h a i B e n e d i c t a, którzy dowiedli, że w nerce tworzy się prawdopodobnie z kwasu aminowego amoniak, mający duże znaczenie podczas wydzielania kwasów z moczem, jako ochrona tkanki nerkowej (jak kwas węglowy przy wydzielaniu zasad); brak amoniaku wywołuje przy mocznicy kwasicę. Dla klinicznego rozpoznania mają doniosłe znaczenie różne próby czynnościowe, jak np. próba fenolosulfoftalcinowa, wodna i koncentracyjna.

W nerce odbywają się procesy utleniania, mające znaczenie przy niedomodze organu tego. W danym wypadku zmienia się zasadniczo skład moczu i krwi. Normalny skład krwi stanowi niezbędny warunek prawidłowej czynności nerek. T. zw. pozanerkowa uremia, polegająca na poważnym upośledzeniu czynności nerek, może być właśnie wywołana przez zmiany we krwi. Zmniejszenie zawartości sodu, proteiny i chlorków w osoczu krwi może mieć szkodliwy wpływ na czynność nerek. Unerwienie nerki ma również duży wpływ na czynność jej i tłomaczy wystąpienie t. zw. bezmoczu odruchowego. Wątpliwym jest, czy zabieg operacyjny w sferze nerwów nerkowych byłby w stanie poprawić czynność chorej nerki. Referent wskazuje na działalność nerki w kierunku tworzenia kwasów syntetycznych, jak kwasu hipurowego, oksydacji ciał kietonowych i aromatycznych kwasów tłuszczowych. S n a p p e r omawia działalność hydrotropiczną różnych organicznych części składowych moczu i wreszcie porusza w swym odczycie dylemat powstawania złogów, który dzięki ostatnim badaniom referenta, został w znacznym stopniu rozwiązany. Mocz stanowi, jak wiemy, przesycony roczczyn, zawierający różne produkty; niektóre ciała, z punktu widzenia praktycznego, nierozpuszczalne, znajdują się jednakże w rozczynie moczu w dużej ilości. Przy powstawaniu złogów problem ten ma duże znaczenie. Ciała kolloidalne grają doniosłą rolę przy tworzeniu się złogu, powstającego wskutek wypadania kolloidów. Aby przeszkodzić tworzeniu się złogu, trzeba zapobiec wypadaniu kolloidów przez dodanie naprzykład kwasu salicylowego. Kwas ten jak również mocznik oraz kwasy migdałowy i hipurowy, również inne, często w moczu znajdujące się ciała ,powiększają rozpuszczalność soli wapniowych, szczególnie szczawianu wapnia. Dla potwierdzenia swych wywodów, S n a p p e r przytoczył rezultaty doświadczeń robionych u szczurów i dowiódł, że można za pomocą dodania w pokarmie do witaminy A 3%-owego roczczynu węglanu wapnia wywołać tworzenie się złogów; zapobiec zaś można powstawaniu takowych przez dodanie do diety 1%-go roczczynu bedźwinianu sodu. S n a p p e r zaznacza, że mocz ludzki, zawierający fosforan wapnia robi się przezroczysty przez dodanie bedźwinianu sodu. Na zakończenie swego referatu S n a p p e r pokazał szereg przezroczy ilustrujących jego doświadczenia.

Po referatach powyższych odbyła się również dyskusja. O e k o n o m o s (Ateny) na zasadzie swych prac anatomo-histologicznych twierdzi, że w górnych drogach moczowych znajduje się pięć

zwieraczów: zwieracz brodawki, kielichów, podmiedniczkowy, biodrowy i pęcherzowo - moczowodowy, składający się wyłącznie z włókien pęcherzowych; zwieracze działają rytmicznie i pozwalają na przejście okresowe moczu do pęcherza. Perystaltyka w górnych drogach moczowych oraz wydzielanie moczu powstaje przy pomocy skoordynowanego odruchu nerwowego wskutek podrażnienia nerwów czuciowych moczem, działającym mechanicznie i chemicznie. Podrażnienie to następnie przenosi się prze nerwy współczulne i przez korzonki na włókna unerwiające tkankę mięśniową. Powstanie jakiejkolwiek przeszkody w przebiegu tego łuku odruchowego może wywołać zastój moczu; leczenie zastoju polega na znalezieniu i zwalczaniu przyczyny. Prelegent uważa założenie szerszego cewnika moczowodowego à demeure za doskonały środek leczniczy przy obiawach zastoinowych, gdyż działa on także mechanicznie i wywołuje wydzielanie moczu również naokoło siebie. A l e s s a n d r i (Rzym) wskazuje na większe znaczenie czynnika dynamicznego moczowodu ,niż mechanicznego przy wydzielaniu moczu i cytuje na zasadzie robionych w klinice jego doświadczeń przypadki reinplantacji moczowodu do pęcherza, w których stwierdzono duży zanik nerki i znaczne rozszerzenie miedniczki, gdy ujście moczowodu w pęcherzu było szerokie, natomiast przy wąskim ujściu nerka była lepiej zachowana. Prelegent zaznacza również, że przy doświadczeniach na zwierzętach spotykał się częściej z odruchem wychodzącym z kanalików nerkowych, niż z miedniczkowożylnym. C h e v a s s u (Paryż) pokazał szereg zdjęć z dziedziny wstępującej uretero - pyelografii, dotyczących przypadków ze zwężeniami moczowodów, schorzeniami kobiecymi i przetokami moczowymi. Prelegent zakłada przy zastoinowych obiawach moczowych szeroki cewnik moczowodowy, a przy zwężeniach zastrzykuje w celach rozpoznawczych płyn kontrastowy wolno i w małej ilości przez specjalny hamujący odpływ cewnik moczowy. V a n d e n B r a n d e n (Belgia) twierdzi, że chemiczne środki kontrastowe, będąc czynnikiem drażniącym, zmieniają fizjologiczne warunki, i dlatego często dożylna urografia nie odzwierciadla należycie czynności wydzielniczej nerek. R i n g l e b (Niemcy) wskazuje na znaczenie widocznych okiem ruchów ujścia moczowodowego i na czynność podanego przez mówcę zwieracza brodawki, zawierającej włókna mięśniowe i zwoje nerwowe. L e g u e u (Paryż) radzi przy badaniach nerkowych stosować pyeloskopię. F e y (Paryż), nie negując roli i znaczenia pyelografii, jest również zwolennikiem pyeloskopii, np. w początkowym okresie gruźlicy. B l a t t (Wiedeń) wskazuje na badania, które przeprowadził w celu stwierdzenia wpływu podrażnienia moczowodu na wydzielanie przeciwległej nerki; wyniki tych badań stanowią przyczynek do sprawy o bezmoczu odruchowym. T a k a h a s h i (Tokio) pokazuje kymograficzne zdjęcia ruchowej czynności dróg moczowych. M i n g a z i n i (Italia) porusza sprawę hormonów przy wydzielaniu nerki. H o r t o l o m e i (Rumunia) twierdzi na zasadzie doświadczeń, że przy przejściowym atonicznym rozszerzeniu, np. podczas ciąży, ruchowa czynność dróg moczowych prędzej wraca do stanu normalnego niż stan napięcia. M e z ö (Węgry) wykonuje przy czynnościowej przeszkodzie wydzielania i przy tworzeniu się jakby pętli w moczowodzie nephrotransvesikopexię i ureterozystoneostomię, gdy zwężenie znajduje się nisko. H r y n t s c h a k (Wiedeń), na zasadzie badań przeprowadzonych u zwierząt, jest zdania, że nałożony z odpowiednią techniką szew na przeciętym poprzecznie moczowodzie, powinien też u człowieka dać dobre wyniki. P a s c h k i s (Wiedeń) pokazał przypadki z dziedziny urografii dożylnej, w których przez użycie przed dokonaniem zdjęcia różnych używanych w urologii leków, można było wywołać zwężenie i rozszerzenie dróg moczowych. W i l d b o l z (Szwajcaria) nie zgadza się z poglądem R u b r i t i u s a co do podanych w referacie jego „zystoidów" i uważa, że czynnościowe upośledzenie, po przecięciu doświadczalnym moczowodu i nałożeniu następnym szwu, nie jest duże. H e i t z - B o y e r (Paryż) zwraca uwagę na konieczność dokonywania czasami zdjęć roentgenowskich i pyelografii w różnych pozycjach, szczególnie w przypadkach opuszczenia nerki. B e a u f o n d (Francja) jest zwolennikiem ureteropyelografii wstępującej, mającej duże znaczenie przy określaniu czynności nerek; mówiąc o działalności nerek u ciężarnych, prelegent pokazał szereg dokładnych zdjęć pyelograficznych dokonanych za pomocą dożylnego zastrzyku tenebrylu, uwidoczniających wpływ płodu na położenie i wydzielanie nerek.

Muszę nadmienić tu, że tenebryl, jak również wyżej podany lipiodol były często na zjeździe obecnym podczas odczytów wymieniane, jako doskonałe środki kontrastujące; o wielkiej wartości ich można było się przekonać z wielu zdjęć uretro- i uretero - pyelograficznych, demonstrowanych przez prelegentów na kongresie.

Następne posiedzenie Kongresu odbyło się w Klinice Urologicznej (na oddziale przewodniczącego Zjazdu, prof. B l u m a), na którym wygłosili odczyty ilustrowane przezroczami: 1. G o l d b e r g a s (Łotwa): „O powstawaniu złogów w drogach moczowych i ich profilaktyce"; 2. H e r r m a n n (Wiedeń): „O wadach rozwojowych górnych dróg moczowych u noworodków"; 3. H. D a t y n e r (Warszawa): „O t. zw. samowyleczalności gruźlicy nerki" („exclusion renale totale"), w związku z zaobserwowanym i leczonym przez prelegenta przypadkiem wady rozwojowej i gruźlicy nerki; odczyt ten ilustrowany był zdjęciami pyelograficznymi. Poza tym, na posiedzeniu tym, B e h d z e t S a b i t E r d u r a n (Turcja) pokazał zdjęcia filmowe z dziedziny urologii chirurgicznej, a W e i s s (Wiedeń) demonstrował preparaty anatomo-patologiczne z Kliniki Urologicznej.

Wreszcie w ostatnim dniu Kongresu, S t o b b a e r t s (Bruksela) wygłosił odczyt na temat: „O radio-kinematografii w urologii". Metoda ta, opracowana przez V a n d e m a e l e (Bruksela), przy pomocy specjalnych aparatów, zastosowana została obecnie w urologii po raz pierwszy przez prelegenta i stanowi nieznany dotychczas rozdział wśród metod badawczych. S t o b b a e r t s pokazał nam szereg zdjęć uwidaczniających ruchy narządów moczowych podczas ich działalności. W pierwszej serii zdjęć widzieliśmy rozszerzanie się i skurcz górnego kielicha nerki, następnie pojawianie się średniego kielicha, a w chwili wypełniania się płynem kontrastowym miedniczki i kielichów, nastąpił raptownie skurcz i można było obserwować dokładnie przenikanie płynu do pyramid i skierowanie się płynu do moczowodu. Druga seria pokazanych zdjęć dotyczyła przypadku nerki opuszczonej,

w którym płyn kontrastowy przenikał powoli i napełniał po porządku górny odcinek moczowodów, miedniczkę i kielichy nerkowe, i gdzie mogliśmy obserwować czynność opisanego przez L e g u e u zwieracza miedniczkowo - moczowodowego. Na zdjęciach następnych widzieliśmy radio - kinematografię w przypadku znacznie posuniętego wodonercza, gdzie płyn kontrastowy wypełnia przez założony kontrastowy cewnik moczowodowy górną część rozszerzonego i atomicznego moczowodu, mięszając się następnie z zaległym płynem pochodzącym z obszernej kieszeni hydronefrotycznej, wkraczając następnie do zmienionego patologicznie średniego kielicha i rozszerzając wreszcie górny kielich normalny. Skurcz i fale w miedniczce, kielichach i moczowodzie w powyższym przypadku) były słabe i leniwe; przebieg kliniczny (coraz silniejsze napady oraz zupełny prawie zanik czynności nerki) potwierdził obserwacje radio-kinematograficzne. Dla kontrastu prelegent pokazał nam zdjęcia w przypadku początkującego wodonercza, na tle nieznacznie opuszczonej nerki, gdzie widzieliśmy w kielichach, miedniczce i moczowodzie skurcze oraz przebieg fal, które wychodząc z miedniczki rozwijają się od dołu i nie/ są równoległe, lecz wygięte to na prawo, to na lewo, opisując czasami prawdziwe spirale, przy czym ilość ich w przeciągu 22-ch sekund nie przekracza sześciu; widocznym jest również skurcz zwieracza miedniczkowo - moczowodowego. Widzieliśmy następnie radio - kinematografię u prostatyka z nieznacznym zaleganiem, szyjkę pęcherza jego, ujścia szczególnie rozszerzonych kanałów prostatycznych oraz napełnioną płynem cewkę. Moglibyśmy obserwować na zdjęciach tych ruchy pęcherzyka i cewki przy oddawaniu oraz zatrzymywaniu przez pacjenta moczu, oraz stwierdziliśmy w tylnej cewce, i szyjce pęcherza i okolicy zwieraczowej podczas aktu oddawania moczu pewną nieruchomość, która prowadzi do wytwarzania się zalegania. Wreszcie, S t o b b a e r t s pokazał nam zdjęcia przedstawiające w normalnym przypadku akt oddawania moczu i całokiwitego opróżnienia pęcherza przy pełnej czynności szyjki i okolicy zwieraczowej; w akcie tym wielką rolę grają, jaki widać na zdjęciach, również skurcze w okolicy mięśni kroczowych, głównie naokoło ujścia odbytnicy.

Opisana powyżej i wprowadzona przez S t o b b a e r t s'a metoda stanowi nową zdobycz w arsenale wiedzy urologicznej i niewątpliwie będzie miała doniosłe znaczenie w rozpoznawaniu i leczeniu wielu przypadków.

Pod odczycie S t o b b a r t s a odbyły się jeszcze pokazy kinematograficzne z dziedziny urologii chirurgicznej, demonstrowane przez H e i t z-B o y e r (Paryż) i L i c h t e n s t e r n a (Wiedeń).

Po zakończeniu Kongresu w Wiedniu większa część uczestników Zjazdu udała się na zaproszenie Rządu Węgierskiego oraz Towarzystwa Urologicznego w Budapeszcie do stolicy Węgier.

Opuszczaliśmy Wiedeń i Budapeszt pełni wrażeń, w nadziei spotkania się kolegami na następnym Kongresie Urologicznym, odbyć się mającym w 1939 roku w N. Yorku.

## CHOROBY WEWNĘTRZNE.

**O leczeniu cukrowym w przypadkach zatrucia grzybami. (La thérapeutique sucrée dans l'intoxication par les champignons). L. Binet, J. Marek.**

*La Presse Médicale. Nr. 73, 1936.*

W wyniku przeprowadzonych badań na zwierzętach autorzy przedstawiają nową metodę leczenia zatrucia grzybami. Polega ona na wprowadzeniu dużej ilości cukru do organizmu zatrutego. Stwierdzono bowiem u wszystkich zwierząt doświadczalnych, że jedną z najbardziej uderzających zmian, jakie zachodzą w składzie chemicznym krwi po zatruciu, jest obniżenie poziomu cukru. Dochodzi ono niekiedy do ⅕ wartości prawidłowej. Obok tego występują inne zmiany jak wzrost ilości mocznika i zmniejszenie zawartości chloru we krwi. Jednakże hypoglikemia była objawem najstalszym. Wstrząsowi więc hypoglikemicznemu przypisują autorzy niektóre objawy zatrucia jak np. drgawki ciała, spostrzegane zwykle w tych przypadkach.

Stąd też wypływa wniosek, że jednym z środków leczniczych osób zatrutych grzybami jest cukier. Badania doświadczalne wykonane na psach i królikach myśl tę potwierdziły. Wprowadzenie dożylne 4% roztworu cukru gronowego w ilości dużej (np. u zwierzęcia wagi 8 kg wprowadzono 116 g cukru przez kilkakrotne wstrzyknięcie po kilkuset centymetrów sześć roztworu 4%) ratowało zwierzęta, które otrzymywały uprzednio dawkę śmiertelną trujących grzybów. Zwierzęta kontrolne padały. U zwierząt uratowanych stwierdzano później przez pewien czas spadek wagi, cukromocz i białkomocz. Poziom mocznika we krwi nie przekraczał zwykle granicy normy.

Autorzy radzą stosować u ludzi w przypadkach zatrucia grzybami wstrzykiwania dożylne i wlewanki z roztworu cukru o stężeniu 4%.

**Stosowanie pierwszorzędowego alkoholu oktylowego w przypadkach skazy krwotocznej. (Sur les effets coagulants et hémostatiques de l'alcool octylique primaire au cours des syndrômes hémorragiques). A. Clerc, J. Delamare, R. Purcs.**

*La Presse Médicale. Nr. 87, 1936.*

Badania *in vitro i in vivo* przeprowadzone na zwierzętach wykazały, że ciała powierzchnioczynne t.zn. takie, które obniżają napięcie powierzchniowe płynów, mają własność przyśpieszania krzepnięcia krwi. Ponieważ jednak większa część ich wpływa trująco na organizm lub też wywołuje hemolizę krwi, nie nadaje się więc do stosowania leczniczego.

Pierwszorzędowy alkohol oktylowy wzmaga również krzepliwość krwi, nie uszkadzając jej składników komórkowych. Te własności zachęciły autorów do stosowania go w przypadkach uporczywych krwawień.

Technika była następująca: przygotowano roztwór nasycony (około 0.1%) alkoholu oktylowego w 10% alkoholu etylowym. Roztwór ten wstrzykiwano powoli dożylnie w ilości 15 $cm^3$.

Sprawozdanie obejmuje 10 przypadków skazy krwiotocznej rozmaitego pochodzenia. U chorych tych czas krwawienia był przedłużony, krzepliwość krwi znacznie upośledzona. Wstrzykiwanie wykonywano przeważnie bezpośrednio po krwotoku (z dziąseł, przewodu pokarmowego, z płuc itd.) po bezskutecznym stosowaniu innych środków przeciwkrwiotocznych ($CaCl_2$, wyciąg z przysadki, itd.). Zastosowanie alkoholu oktylowego dawało skutki następujące: krwawienia ustawały wkrótce po wstrzyknięciu; czas krzepnięcia krwi zmniejszał się bardzo znacznie (w 1 przypadku skrócił się z 4 godz. 55 min. do 5 minut). Wstrzyknięcie alkoholu oktylowego nie wpływało wyraźnie na czas krwawienia.

Wyniki osiągnięte przez autor´w zachęcają do dalszych badań. Ujemną stroną sprawozdania jest mały materiał (10 przypadków). Przeważnie chorzy badani (8 przyp.) byli w stanie b. ciężkim: śmierć nastąpiła w ciągu kilku do kilkunastu dni po wstrzyknięciu. Ta okoliczność nie pozwoliła zbadać jak długo działa alkohol oktylowy i czy ewentualne powtórzenie wstrzyknięcia daje taki sam wynik. Należałoby poza tym dokładnie skontrolować, czy alkohol oktylowy nie wpływa szkodliwie na którykolwiek z narządów wewnętrznych.

**O porażeniu słonecznym. (Étiologie et prophylaxie du coup de chaleur). W. Kopaczewski.**

*Paris Médical. Nr. 39, 1936.*

Porażenie słoneczne jest wyrazem wstrząsu, zachodzącego w ustroju na skutek zbyt silnego działania promieni słońca. Objawami jego są silne bóle głowy, którym towarzyszą nudności, niekiedy wymioty i ogólna zapaść. Jednocześnie występuje zwykle gorączka, a później senność, zaburzenia nerwowe itd.

Na wystąpienie tych zaburzeń wpływa kilka czynników. Wyodrębnić więc należy wpływ promieni pozafiołkowych, stwierdzony doświadczalnie na świnkach morskich. Promienie cieplne, działając na cały organizm lub też na przestrzeń ograniszczoną, wywołać mogą silny wstrząs nawet śmiertelny.

Porażenie słoneczne ma charakter wstrząsu uczuleniowego podobnego do tych jakie wywołać mogą czynniki biologiczne lub chemiczne. Pojawia się ono najczęściej u osób z chwiejną równowagą humoralną („instables humoraux") np. u astmatyków. Poza tym dużą rolę odgrywa usposobienie osobnicze.

Badanie sekcyjne zwierząt, u których doświadczalnie wywoływano wstrząs cieplny stwierdza zwykle zmiany krwi i układu krwionośnego.

Mechanizmem regulującym, który zapobiega zaburzeniom wywołanym przez nadmierny dopływ ciepła jest wydzielanie potu, gdyż tą drogą ustrój

traci wiele kalorii, na jego parowanie. Mniejszą rolę odgrywają zmiany szybkości oddychania.

Zapobiegać porażeniom słonecznym można przez osłanianie ciała materiałami nie mającymi dużego powinowactwa do promieni cieplnych.

W przypadkach porażeń stosuje się zwykle wstrzykiwania kamfory i kofeiny. Niektórzy stosują wstrzykiwania śródsercowe koraminy lub adrenaliny. Ostatnio podaje się w tych przypadkach efedrynę, passiflorę i genezerynę.

**Nowe antidotum przeciw zatruciom metalami ciężkimi i niektórymi metaloidami, arsenem i antymonem. (Sur un nouvel antidote stabilisé prêt à l'emploi contre les empoisonnements par les métaux lourds et toxiques et par certains métalloïdes, arsenic et antimoine). C. Strzyżowski.**

*La Presse Médic. Nr. 39, 1936.*

W poszukiwaniu antidotum, któreby szybko zmieniało trujące sole ciężkich metali na nierozpuszczalne związki, nieszkodliwe dla organizmu, autor przyszedł do przekonania, że środkiem takim może być siarkowodór. Związek ten stosowany doustnie w roztworze wodnym nie jest trujący, jak to wykazują spostrzeżenia poczynione w zdrojowiskach siarkowych, za czym także przemawia stała obecność jego w przewodzie pokarmowym. Dotychczasowe próby uzyskania takiego roztworu siarkowodoru, który by nie zmieniał się i mógł być przygotowany „na zapas", aby mógł być podany natychmiast po zatruciu się chorego, całkowicie zawiodły. Autorowi udało się wynaleźć sposób przygotowania siarkowodoru, który można przechowywać nawet lata w gotowym do użycia roztworze bez utraty jego zdolności odtruwających. Nazwany przez autora antidotum metallorum, okazał się całkowicie nieszkodliwy podany per os lub per rectum nawet w ilości 100 $cm^3$, to jest w ilości zobojętniającej 2 g trującej soli metalu lub ½ g kwasu arsenowego. Skuteczność takiego, przeszło trzyletnego, roztworu wypróbował autor sam na sobie, wypijając 0,2 sublimatu w 50 $cm^3$ wody, a bezpośrednio potem 50 $cm^3$ antidotum metallorum. Oprócz przejściowego palenia w przełyku, żadnych innych objawów zatrucia autor nie spostrzegł. Nowy ten środek, jak wykazały doświadczenia na królikach, nie może być stosowany dożylnie, stosowany zaś miejscowo po żrących solach metali np. na spojówki, nie jest szkodliwy lecz mniej skuteczny, niż w przewodzie pokarmowym.

**Przedawkowanie witaminy D. (L'hypervitaminose D).**

*La Presse Médic. Nr. 76, 1936.*

Prawie natychmiast po wprowadzeniu przeciwkrzywiczego naświetlanego ergosterolu stwierdzono toksyczność niektórych preparatów, zawierających witaminę D. Stwierdzono doświadczalnie jednak, że dopiero 1000-krotnie powiększona dawka lecznicza działa trująco i wywołuje utratę apetytu, zaburzenia w odżywianiu i zmiany w układzie kostnym. Ciężar ciała zatrzymuje się na pewien okres czasu, potem szybko spada, poziom fosforu w krwi podnosi się razem z poziomem wapnia, który dosięga $^{25}/_{100}$ — $^{30}/_{100}$. Zmiany anatomiczne polegają na tworzeniu się złogów wapnia w mięśniu sercowym, w płucach, nerkach, w mięśniach międzyżebrowych, a przede wszystkim w ścianach (intima) aorty piersiowej i dużych tętnic. Śledzionę znajdujemy na autopsii w zaniku, a w przewodzie pokarmowym zmiany wybroczynowe.

Jak wykazał Holtz, nie tylko witamina D podnosi poziom wapnia w krwi, czynią to zarówno inne substancje (tahysterina, toxisterina), co więcej autor ten uzyskał substancję przeciwtężcową Nr. 10 (A. T. 10), zawierającą szereg ciał, podnoszących poziom wapnia w krwi. Substancję tą stosowano w Niemczech w przypadkach tężyczki pooperacyjnej, ale lek ten okazał się zanadto niebezpieczny, aby mógł być wypuszczony w obieg.

Szereg spostrzeżeń klinicznych wykazuje, że nie tylko bardzo wielkie ilości witaminy D wywołują zatrucie. Także przy normalnym, lecz bardzo długim, podawaniu witaminy, zwłaszcza przy równoczesnym naświetlaniu dzieci lampą kwarcową i przy racjonalnem ich żywieniu, mogą wystąpić wyżej wymienione zaburzenia, trudne do rozpoznania za życia zwłaszcza, gdy zmiany są daleko posunięt,e gdy dziecko gorączkuje i gdy wystąpią krwawe biegunki lub obraz typowy dla pyelonephritis.

**Badania wartości wapnia we krwi w chorobie Brighta. (De la fréquence et de l'importance de l'hypocalcémie des brightiques). M. Roch, E. Martin.**

*Paris Médicale. Nr. 42, 1936.*

Doniesienie dotyczy 21 oznaczeń poziomu wapnia we krwi chorych na nerki. Autorzy stwierdzili: w 2 przypadkach zwiększoną (105 mg/‰), w 3 prawidłową (96 mg/‰) zawartość wapnia, w 8 przypadkach stwierdzono b. nieznaczną, a w 5 miernego stopnia obniżenie poziomu Ca. Tylko u 3 chorych zawartość wapnia we krwi była bardzo niska (60, 54, 52 mg/‰).

Na podstawie otrzymanych wyników autorzy uważają, że podkreślić należy obecność tego odwapnienia krwi w chorobach nerek ze względu na to, że zmiany zawartości Ca we krwi spotykamy w nielicznych jednostkach chorobowych: zaburzenie czynności przytarczyczek, choroby układu kostnego, awitaminoza D, tężyczka. Fakt ten może mieć jednak znaczenie tylko teoretyczne, nie daje natomiast żadnej wskazówki co do rozpoznania i rokowania. Przyczyna obniżenia poziomu wapnia we krwi u chorych nerkowych nie jest znana. Może ono być w związku z zaburzeniami natury chemicznej (zmiany zawartości białka, chloru, fosforu we krwi, azotemia, zakwaszenie ustroju). Możliwe, że zjawisko to zależy od rozrzutnej gospodarki wapniowej ustroju w okresie niewydolności nerek (zwiększone wydalanie wapnia drogą moczu i kału przy jednoczesnej niskiej zawartości jego w przyjmowanych pokarmach).

U jednej z chorych (dokładnego rozpoznania sprawy toczącej się w nerkach nie podano) przy bardzo niskiej zawartości wapnia we krwi stwierdzono objawy tężyczki w postaci wzmożonych odruchów ścięgnowych, drgawek i przykurczów mięśniowych. Jednakże stwierdzone sekcyjnie zmiany w zakresie układu nerwowego nie pozwalają łączyć zdecydowanie objawów tych ze zmianami chemicznymi krwi zwłaszcza, że w innych przypadkach tężyczki niskiej zawartości wapnia nie stwierdza się.

Niewyraźnie wyniki osiągnięte przy stosowaniu wapnia u chorych nerkowych nie zachęcają do dalszego jego stosowania.

**Choroby nerek. Przegląd prac z r. 1936. (Les maladies médicales des reins en 1936). F. R a t h e r y, M. D é r o t.**

*Paris Médicale. Nr. 212, 1936.*

Ostatnie badania z dziedziny chorób nerek szły przede wszystkim w kierunku wyświetlenia mechanizmu powstawania najczęściej spotykanych objawów niewydolności nerek.

O b r z ę k i uważają autorzy przede wszystkim za wyraz obniżenia poziomu białka we krwi. W i e c h wykazał, że, jeżeli u psa wywołamy hypoproteinemię a następnie będziemy go głodzić, poziom białka we krwi może się podnieść kosztem białka tkankowego. Wzrost zawartości białka występuje również po podaniu do wewnątrz białka zwierzęcego lub dożylnie białka, pochodzącego od zwierzęcia tego samego gatunku. W związku z gospodarką białkową stoi zagadnienie składników azotowych niebiałkowych. W e r n e r uważa m o c z n i k za związek pierścieniowy HNS a więc za pochodną kwasu cyjanowego. Zawartość mocznika we krwi pozostaje nadal głównym wskaźnikiem stopnia niedomogi nerkowej. W wytwarzaniu mocznika odgrywa dużą rolę wątroba. Wykonano również szereg badań nad kreatyniną, poszukując dobrych mikrometod do jej oznaczania. Jednym z wczesnych objawów zapalenia nerek jest zwiększona zawartość k w a s u m o c z o w e g o we krwi. C a s t e x oznaczał zawartość f e n o l u we krwi (1 — 1.3 mg/‰) i stwierdził zwiększenie jego w chorobach nerek. Pośrednim produktem rozpadu białka są p o l i p e p t y d y. Zwiększenie się ich ilości w chorobach nerek jest wyrazem wzmożenia procesu autoproteolizy A z o t e m i a wywołana być może przez nadmierny dowóz składników azotowych drogą pokarmową lub przez upośledzenie wydalania ich drogą moczu. Autorzy niemieccy badają zawartość barwików we krwi i moczu chorych na nerki. O b n i ż e n i e p o z i o m u Cl we krwi, spotykane najczęściej u chorych na nerki, może zależyć od braku chlorków w pokarmach przyjmowanych, od nadmiernego wydalania ich bądź drogą moczu (np. po zastosowaniu środków moczopędnych), bądź drogą kału (np. w nieżytach jelit, żołądka) lub też od skupianie się Cl w pewnym punkcie ustroju (wysięki, przesięki). Z a k w a s z e n i e u s t r o j u, którego wyrazem jest obniżenie pH i zasobu zasad we krwi zachodzi skutkiem 1) nagromadzenia się kwasów i oksykwasów organicznych; 2) utraty związków zasadowych drogą rozwolnień; 3) braku $NH_3$; 4) wtórnej niedokrwistości i zmniejszonej ilości Hb we krwi. N a d c i ś n i e n i e jest wyrazem wielu zaburzeń istniejących w ustroju przy chorobie nerek a mianowicie: 1) zmiany własności chemicznych i fizycznych krwi (zmiany poziomu białka, wzrost zawartości lipoidów, wzrost ciśnienia onkotycznego, lepkości krwi, obniżenie pH, zmiany zawartości składników mineralnych np. K, Ca, Cl); 2) zmienionej czynności gruczołów wydzielania wewnętrznego (przysadka, nadnercze); 3) stanu napięcia układu nerwowego.

N i e d o k r w i s t o ś ć chorych na nerki zależy od czynników toksycznych zawartych we krwi.

Z innych objawów klinicznych zapalenia nerek wymienić należy: zmiany w siatkówce, porażenia w zakresie n. facialis i drgawki oraz krwioplucia azotemiczne, występujące niekiedy w okresie uremii.

Autorzy przytaczają opisy różnych rodzajów zapalenia nerek toksycznego lub zakaźnego.

Zapalenie nerek p o z a t r u c i u z w i ą z k a m i r t ę c i uszkadza cały miąższ nerki. Sprawa zwykle trwa krótko. W przypadkach lżejszych stosowano różne metody leczenia. R o z e n t h a l wstrzykuje metylenosulfoxylan sodu, T o r v i s o stosuje t a n i n ę, F r e y b e r g używał t i o s i a r c z a n u s o d u. Niektórzy dla zalkalizowania ustroju podają s o d ę. M a c h radzi przede wszystkim wprowadzić c h l o r k i.

W z a t r u c i u o ł o w i e m stosują metody, polegające bądź na związaniu i zatrzymaniu metalu w pewnym punkcie ustroju (kości), bądź też starają się go usunąć z organizmu.

Zapalenie nerek spotyka się często w przebiegu szkarlatyny, błonicy, róży, zapalenia płuc. Z pośród zakaźnych chorób przewlekłych powikłania ze strony nerek daje gruźlica i kiła. Ciekawym jest, że czasami po przetaczaniu krwi występuje zapalenie nerek jako wyraz wstrząsu ustroju po wprowadzeniu białka obcogatunkowego.

Do przewlekłych chorób nerek o fatalnym rokowaniu należy s k r o b i a w i c a. N e r c z y c ę l i p o i d o w ą uważają za chorobę przemiany materii polegającą na zaburzeniach równowagi białko-lipoidowej ustroju. W przebiegu dny spotyka się często białkomocz. C u k r z y c a usposabia do zapalenia nerek. Nieznaczny białkomocz lub nadciśnienie miernego stopnia są objawem często spotykanym w cukrzycy i nie stanowią przeciwwskazania dla stosowania insuliny. W c i ą ż y spotyka się często pyelonephritis, który niekiedy jest skutkiem mechanicznego ucisku macicy na moczowód. W przypadkach tych dobre wyniki daje częste cewnikowanie moczu, płukanie pęcherza.

W dziedzinie l e c z e n i a autorzy zwracają uwagę na dietetykę chorób nerek. P a g n i e z zaleca dietę zakwaszającą, B r o c a i M a r i e stosują ją naprzemian z dietą alkalizującą. Z środków moczopędnych duże zastosowanie znajdują leki grupy rtęciowej z zachowaniem należytej ostrożności w ich dawkowaniu. W przebiegu choroby narządu krążenia i nerek, stosować należy naparstnicę i miłek wiosenny. Niektórzy podają mocznik równocześnie z salirganem. Inni stosują sole potasu; B e g g i i P i c a s s o wstrzykują podskórnie tlen. W e n u s c h i S c h ö l l e r zwracają uwagę na moczopędne działanie dymu tytoniowego. Fizykoterapia znalazła również zastosowanie w przypadkach ostrego zapalenia nerek w formie naświetleń promieniami Roentgena i stosowanie diatermii. W nadciśnieniu stosują niekiedy autohemoterapię. Nadal też stosuje się leczenie operacyjne w postaci dekapsulacji nerek.

**Rozpoznawanie choroby Hodgkina przy pomocy nakłucia gruczołu chłonnego. (Diagnostic de la maladie de Hodgkin par la ponction ganglionnaire). E. W e i l, P. I s c h - W e i l.**

*La Presse Médicale. Nr. 80, 1936.*

Autorzy omawiają wartość nowego sposobu

rozpoznawaniu ziarnicy złośliwej w przypadkach o nietypowym przebiegu.

Zamiast wykonywać wycięcie jednego z powiększonych gruczołów można dokonać nakłucia jego przy pomocy zwykłej igły do wstrzykiwań i suchej, jałowej strzykawki. Otrzymuje się w ten sposób b. niewielki skrawek tkanki z nakłutego gruczołu. Z pobranego materiału przygotowuje się rozmazy, które po zabarwieniu May-Grunwaldem i Giemzą wykazują charakterystyczny obraz.

W rozmazach takich stwierdzamy dużą liczbę krwinek białych, wśród których występują wszelkie postacie krwinek białych w różnym stosunku liczbowym w poszczególnych przypadkach. Może więc być bardzo znaczna liczba krwinek białych obojętnochłonnych o podzielonym jądrze. W innych przypadkach można stwierdzić liczne krwinki białe kwasochłonne, lub monocyty. Niekiedy występują postacie niedojrzałe krwinek białych.

Dla rozpoznania choroby Hodgkina znaleźć trzeba w rozmazie przynajmniej jedną komórkę Sternberga o wyglądzie następującym: bardzo znaczna wielkość komórki zbliża ją do myeloblastów. Komórka taka zawiera zwykle kilka jąder dużych, skupionych razem. Jądra zawierają drobne jąderka o różnej barwliwości.

Drugim elementem charakterystycznym są komórki śródbłonkowate. Są one również bardzo duże; kształt mają okrągły lub wielokątny. Zaródź obfita, jednostajna, łatwo ulega zniszczeniu. Jądro okrągłe lub jajowate z wyraźną siateczką chromatynową o zabarwieniu zasadochłonnym.

Komórki te otoczone są zwykle licznymi limfocytami.

Nakłucie gruczołu limfatycznego dostarczyć więc może niezbitych dowodów dla rozpoznania choroby Hodgkina. Omyłki rozpoznawcze zdarzają się dość rzadko w przypadkach, w których budowa histopatologiczna gruczołu niekiedy też zawodzi.

**Leczenie wstrzykiwaniami podskórnymi mieszaniny etero-tlenowej. (Oxyéthérothérapie hypodermique). J. Jarricot.**

*La Presse Médicale. Nr. 68, 1936.*

Po kilkunastoletnim stosowaniu u dzieci wstrzykiwań tlenoeterowych autor przedstawia wyniki osiągnięte tą metodą.

Technika. Tlen ze zbiornika przepuszcza się przez małą ilość eteru, ogrzewanego lampą elektryczną. Wytworzoną w ten sposób mieszaninę tlenu z parą eteru wstrzykiwano podskórnie w ilości 150—250 $cm^3$ tlenu, zawierającego parę z 1 $cm^3$ eteru płynnego z szybkością 25 $cm^3$/min. pod ciśnieniem około 50 $cm^3$ wody.

Wstrzykiwania te stosowano u dzieci chorych na koklusz lub odoskrzelowe zapalenie płuc. Oprócz tego wstrzykiwano też tlen sam zapobiegawczo u dzieci kaszlących, nie przedstawiających objawów kokluszu, ani zapalenia płuc.

W przebiegu kokluszu u dzieci poniżej lat 2 wstrzykiwanie wykonywano codziennie, a następnie co drugi dzień. U dzieci leczonych w ten sposób spostrzegano bardzo łagodny przebieg choroby: kaszel był niezbyt ostry, wymioty zdarzały się rzadko, dzieci nie traciły na wadze. Koklusz w przypadkach tych trwał krótko t.j. zwykle około 2 tygodni, b. rzadko przeciągał się powyżej 4 tygodni. Przy stosowaniu wstrzykiwań tlenoeterowych nie spotykano prawie powikłań w postaci zapalenia płuc, tak często zdarzającego się w przebiegu kokluszu.

Wobec doskonałych wyników osiągniętych tą metodą, leczenie takie znajdzie prawdopodobnie szerokie zastosowanie w klinice chorób dziecięcych.

**O bólach w jamie brzusznej z towarzyszeniem wymiotów. (Sur des crises douloureuses abdominales avec vomissements). L. Ramond.**

*La Presse Médicale. Nr. 68, 1936.*

Autor opisuje przypadek kobiety 70-letniej, która zgłosiła się do szpitala z powodu występujących od roku napadów silnych bólów w podbrzuszu po stronie lewej. Napady te trwały po kilkanaście godzin, występowały niezależnie od posiłków. Towarzyszyły im wymioty pokarmowe lub żółciowe. Badaniem przedmiotowym stwierdzono obecność przepukliny pępkowej. Po wyłączeniu wszelkich innych powodów, tłumaczących pojawianie się tych ataków, chorą poddano zabiegowi herniectomii, po którym dolegliwości ustąpiły.

Nawiązując do spostrzeganego przypadku autor przeprowadza rozpoznanie różnicowe napadów bólów w jamie brzusznej z towarzyszeniem wymiotów. Ataki takie mogą zależeć od choroby przewodu pokarmowego, wątroby, nerek lub powodowane być mogą uciskiem na splot słoneczny.

Nieżyt jelit może dać bóle umiejscowione w podbrzuszu po stronie lewej o charakterze ściskania. W przypadku tych rzadko występują wymioty. Stałym objawem są natomiast zaburzenia w postaci okresowych zaparć i rozwolnień z obecnością śluzu w stolcu.

Rak esicy charakteryzuje się silnymi bólami w podbrzuszu. W tej jednostce chorobowej występują zwykle objawy częściowej lub całkowitej niedrożności jelita, zaparcia, krwawe stolce. Niekiedy można również wyczuć guz.

Zapalenie wyrostka robaczkowego przy nietypowym jego ułożeniu może dać ból w lewym podbrzuszu. Jednakże przy tak silnych atakach stwierdza się zwykle objawy otrzewne, obronę mięśniową, gorączkę.

Nieżyt lub wrzód żołądka daje zwykle ból na wysokości pępka lub nieco wyżej. Wykazują one zależność od czasu przyjętych pokarmów, a poza tym w wywiadach musimy mieć przyczyny powstania tej choroby (alkoholizm, nieregularne i nieodpowiednie odżywianie się).

Rak żołądka charakteryzuje się silnymi bólami umiejscowionymi najczęściej w nadbrzuszu. Zwykle w przypadkach tych stwierdza się charłactwo, powiększenie gruczołów chłonnych, niedokrwistość. Czasami wyczuwa się guz.

W przebiegu wiądu rdzenia spotyka się bóle brzucha z wymiotami. Dla rozpoznania tej przyczyny trzeba mieć szereg danych: odczyn Wassermanna, zaburzenia odruchów, wywiady.

Kamica żółciowa daje bóle umiejscowione w prawym podżebrzu z wzniesieniem ciepłoty, wymiotami, żółtaczką. W przypadkach tych w okresie między napadami istnieje zwykle bolesność uciskowa w okolicy wątroby i pęcherzyka żółciowego.

K a m i c a n e r k o w a powoduje napady silnych bólów okolicy lędźwiowej, promieniujących ku pachwinie. Do objawów towarzyszących należą zaburzenia w oddawaniu moczu, krwiomocz itd.

M o c z n i c a powoduje wymioty, ale nie daje bólów brzucha; są natomiast inne objawy choroby nerek: białkomocz, nadciśnienie, obrzęki.

Do spraw rzadszych, które należy wyłączyć w takim przypadku należą: rak trzustki, choroba Addisona, zapalenie tętnicy głównej w odcinku brzusznym.

**Radiologia gruźlicy jelit. (État actuel de la radiologie de la tuberculose intestinale). A. C a d e, M. M i l h a u d.**

*Journal de Médecine de Lyon Nr. 399, 1936.*

Znaczenie rentgenodiagnostyki chorób narządu trawienia wzrasta w miarę wprowadzania nowych sposobów badania radiologicznego.

W przypadkach gruźlicy jelit posługują się przede wszystkim dawną klasyczną metodą, polegającą na oglądaniu poszczególnych odcinków przewodu pokarmowego po wypełnieniu ich, podaną per os, gęstą zawiesiną barową. Przy gruźlicy jelit otrzymujemy obrazy, w których zmiany dotyczą stopnia wypełnienia, czynności ruchowej, średnicy oraz stanu ściany pętli. Zmiany gruźlicze w jelitach cienkich dawać mogą zespół objawów wywołanych przez przewężenia w pewnym ich odcinku. Stwierdza się wtedy rozszerzenie części powyżej leżących i zwiększoną czynność ruchową w ich obrębie. Zaleganie masy barowej powyżej miejsca dotkniętego gruźlicą zależy od stopnia zwężenia, wywołanego zmianami o charakterze wrzodziejącym lub włóknistym i odruchowym skurczem mięśniówki. Niekiedy (ale bardzo rzadko) udaje się też dostrzec zmiany w ścianie w formie drobnych zaciemnień.

Na tych samych zasadach opiera się rozpoznanie gruźlicy jelita grubego. Wzmożona czynność ruchowa odcinka chorego daje objaw S t i e r l i n a: brak wypełnienia odcinka, dotkniętego gruźlicą o typie wrzodziejącym. Tłumaczy się to bardzo szybkim przechodzeniem treści do części dalej leżących bez zatrzymywania się jej w odcinku chorym. Objaw Stierlina jest szczególnie znamiennym dla gruźlicy okolicy kątnicy. Objaw Stierlina w obrębie coecum ascendens przy jednoczesnym zaleganiu w zakresie ileum a czasem i żołądka przemawia za typhlo-colitis tuberculosa. W przypadkach tych stwierdza się zwykle zmiany w ścianie jelita i bolesność uciskową w ich okolicy.

Zwrócić należy również uwagę na zarys ściany jelit, przejaśnienia w jej obrębie, będące często wyrazem zmian o charakterze wrzodziejącym.

Badaniem uzupełniającym jest prześwietlenie dolnych odcinków przewodu pokarmowego po wlewance barytowej. Tą drogą wykrywa się przewężenia i zniekształcenia w obrębie jelita grubego oraz zmiany w zastawce Bauhina.

Rozpoznanie gruźlicy jelit jest trudne, gdyż podobne do niej obszary radiologiczne dają często zmiany nowotworowe, wrzodowe, nieżytowe a nawet zaburzenia czynnościowe przewodu pokarmowego.

F o r s e l l i K a t s c h wprowadzili w 1928 r. nowy sposób badania radiologicznego a mianowicie t. zw. badanie przy cienkiej warstwie („en couche mince"). Polega ono na wprowadzeniu per rectum 200 — 300 cm$^3$ zawiesiny koloidalnej dwutlenku toru z następowym rozdęciem jelita grubego.

Badanie tego rodzaju daje możność dokładnej kontroli stanu ściany jelita, uwidocznia rysunek śluzówki, jej własną czynność ruchową i wszelkie zmiany w niej toczące się.

**O poronnych postaciach gruźlicy. (Problèmes des tuberculoses abortives). P. A m e u i l l e, C h. K u d e l s k i.**

*La Presse Médicale. Nr. 82, 1936.*

Zagadnienie zakażenia prątkami K o c h a i rozwoju wywołanych przez nie zmian daje możność spostrzegania bardzo równorodnych obrazów chorobowych.

Statystyki oparte na badaniach licznie przeprowadzonych wśród ludzi rozmaitego wieku i środowiska (studenci, wojsko, więzienia, przytułki) stwierdzają, że 10 — 26% ludzi klinicznie zdrowych jest dotkniętych gruźlicą płuc. Z zestawień tych widzimy też, że częstość tych przypadków wzrasta z wiekiem. U dzieci występują one bardzo rzadko, w wieku poborowym zmiany stwierdzono w 4%. Po latach 60 liczba stwierdzonej radiologicznie gruźlicy wynosi 26%. Badanie anatomopatologiczne wykonane na zmarłych z rozmaitych przyczyn (z wyłączeniem gruźlicy) wykazały, że u 96% zmarłych stwierdza się w płucach ślady po przebytym zakażeniu gruźliczym podczas gdy za życia żadnych objawów przebycia gruźlicy nie było. Zmiany występują tu w postaci ogniska pierwotnego, umiejscowionego najczęściej w okolicy wnękowej lub w dolnych płatach płuc i wtórnie zaatakowanych gruczołów. Tkanka w miejscach tych jest zwykle zwapniała lub zwłókniała, badaniem histologicznym stwierdza się w niej często prątki K o c h a.

Klinicznie w przypadkach poronnej gruźlicy płuc badaniem fizykalnym klatki piersiowej nie wykrywamy zmian. Na zdjęciu rentgenowskim możemy natomiast stwierdzić zmiany dość rozległe, obejmujące w niektórych przypadkach cały płat płucny: widzimy wtedy liczne zaciemnienie o różnym kształcie, których cechą jest ich niezmienność t. zn. w szeregu zdjęć wykonanych w dużych nawet odstępach czasu stwierdzamy, że obraz ani się nie cofa, ani nie postępuje naprzód.

Aczkolwiek określenie gruźlicy poronnej brzmi: gruźlica płuc bez objawów klinicznych, to w niektórych przypadkach występują od czasu do czasu pewne objawy. Naprzykład mamy do czynienia z krwiopluciem bez żadnych objawów towarzyszących, bez gorączki, zmian osłuchowych a nawet bez zmian radiologicznych. Krwioplucia te mogą pojawić się kilkakrotnie, są jednak zawsze nieobfite i krótkotrwałe. Inni chorzy mogą odpluwać, w plwocinie znaleść można czasami prątki Kocha w niewielkiej liczbie przy braku jakichkolwiek zmian osłuchowych i wypukowych w płucach („cracheurs sains") a nawet bez zmian w obrazie radiologicznym.

W przypadkach wyjątkowych gruźlica poronna może się zaostrzyć i przejść w formę postępującą, dając stopniowo objawy pełnego obrazu klinicznego gruźlicy.

Podkreślając więc jeszcze raz, że u 96% badanych sekcyjnie ludzi, zmarłych z powodu innych

chorób, stwierdza się gruźlicę płuc o charakterze ognisk poronnych a nawet radiologicznie zmiany tego rodzaju uchwycić można w 26%, zrozumiałym się wydaje, że przypadkowe stwierdzenie zmian w obrazie radiologicznym płuc u ludzi zdrowych nie wymaga żadnej terapii. Zaznaczyć należy, że ze względów społecznych szkodliwym jest nawet uświadomienie tych ludzi o rozpoznanych zmianach.

**Bóle występujące u chorych na serce. (Les algies des cardiaques). Bonnet.**

*Paris Médical Nr. 39. 1936.*

W przebiegu chorób narządu krążenia spotykamy różnego rodzaju bóle w klatce piersiowej.

1. Ostre bóle umiejscowione za mostkiem, połączone z uczuciem trwogi, charakterystyczne dla napadów dusznicy bolesnej. Bóle te pojawiają się początkowo tylko po większych wysiłkach a następnie występują coraz częściej przy ruchach i w spokoju.

2. Bóle, pojawiające się po przyjęciu przez chorego pozycji leżącej, połączone z dusznością.

3. Charakterystyczne dla wad lewego ujścia żylnego uczucia ciężaru w okolicy serca, z narastającą dusznością, wywołaną przez przekrwienie bierne w obrębie małego krążenia.

4. Bóle promieniujące, umiejscowione w ramieniu, pięści, szczęce lub karku lewej połowy ciała.

5. Ściśle ograniczony w umiejscowieniu i bardzo ostry ból, pojawiający się w momencie wystąpienia zawału płucnego, połączony z utrudnieniem oddychania.

6. Ból o bardzo znacznym natężeniu, będący objawem powstania zawału mięśnia sercowego.

Wymienione bóle są bardzo trudne do uspokojenia. Czasami osiąga się dobry skutek po zastosowaniu strofantyny lub naparstnicy. Morfiny wstrzykiwać nie można z obawy przed przyzwyczajeniem organizmu w przypadkach często występujących napadów. Ostatnio autorzy (Hazurd, Pruvost) zalecają aminofilinę jako środek przeciwbólowy w przypadkach dolegliwości pochodzenia naczyniowego. Działanie jej polega na rozszerzeniu tętnic wieńcowych, co wpływa na lepsze odżywianie mięśnia sercowego i zwiększenie objętości skurczości serca. Na skutek lepszego odżywiania pęczka Hisa znikają jednocześnie zaburzenia rytmu pracy serca. Aminofilinę stosować należy przede wszystkim w napadach dusznicy bolesnej, zawału mięśnia sercowego i przy gniotących bólach, występujących w nadciśnieniu i sprawach aortalnych.

## *CHOROBY NERWOWE.*

**Leczenie chorób zakaźnych i zapalnych układu nerwowego, mózgowego za pomocą forsownego przepłukiwania się płynu mózgowo-rdzeniowego. (Le traitement des maladies infectieuses ou inflammatoires du système nerveux cérébral par le drainage forcé du liquide céphalo-rachidien). Noel Péron.**

*Bul. Gen. de Thérapeutique. T. 186. Nr. 8. 1935.*

Metoda jest stosunkowo prosta. Najprzód stosuje się obfity zastrzyk dożylny roztworu hypotonicznego soli. W czasie zastrzyku lub bezpośrednio po nim robi się nakłucie lędźwiowe, wypuszczając 100 — 130 cm³ płynu. Zabieg ten powtarza się kilkakrotnie. W przypadkach zapaleń nie ropnych (chorea, polimyelitis, s. m., encephalitis) wyniki bywają wątpliwe. Dużo lepsze rezultaty otrzymano w przypadkach ze skłonnością do ropienia: należy stosować spuszczanie płynu do 14 razy, wypuszczając każdy raz 100 — 130 cm³ płynu, zastrzykując równocześnie po litrze płynu hypotonicznego. Metoda ta winna być jeszcze wypróbowana na większej ilości przypadków.

**Leczenie rozsianego stwardnienia mózgu i rdzenia za pomocą chininy. (Le traitement par la quinine de la sclérose en plaques). Brickner.**

*Bul. Gen. de Théraupetique. T. 186. N. 8. 1935.*

Według Marburga zmiany anatomiczne obserwowane w s. m. mogą powstawać wskutek obecności we krwi ciał rozpuszczających tłuszcze, chinina zaś działa hamująco na pewne lipazy krwi.

Marburg rozróżnia 4 postacie s. m.: przypadki nie ulegające zmianie; przypadki przewlekłe, stale pogarszające się; przypadki o typowych zwolnieniach, wreszcie przypadki przebiegające ostro.

Leczenie polega na doustnym podawaniu chlorku chininy (Chininum muriaticum) w dawkach możliwie jak największych, bez mała toksycznych; często należy przerywać leczenie z powodu występującej głuchoty lub ślepoty. Jednak objawy oczne naogół ulegają poprawie przy leczeniu chininą, poprawiają się również zaburzenia pęcherzowe, (częste moczenie), powracają odruchy brzuszne; chinina nie działa na objawy kurczowe, objaw Babińskiego i oczopląs. Weinberg kombinuje podawanie doustne chininy z dolędźwiowymi zastrzykami lipoidów.

**Leczenie stanów parkinsonowskich dużymi dawkami siarczanu atropiny. (Le traitement des états parkinsoniens par le sulfate d'atropine à hautes doses). Roemer.**

*Bul. Gen. de Thérapeutique. T. 186. Nr. 8. 1935.*

Roemer od lat 10-ciu stosuje atropinę w stanach parkinsonowskich. Leczenie polega na doustnym podawaniu dużych dawek siarczanu atropiny (Atropinum sulfuricum) i wymaga stałej obserwacji lekarskiej. Stosuje roztwór 0,5 na 100, co odpowiada zawartości ¼ mgr. w 1 kropli (roztwór 1 : 200). Zaczyna od 1 kropli, tj. ¼ mgr. 3 razy dziennie, powiększa codziennie dawkę o 1 lub 2 krople, aż do chwili, gdy chory przestanie poprawiać się, w ten sposób Roemer dochodzi od 10 — 30 mgr na dawkę. W niektórych przypadkach udaje się dojść do dawek o wiele większych. Przeciwwskazaniem do stosowania atropiny są: nadciśnienie tętnicze, zaburzenia sercowe i moczowe. Stosunkowo rzadko występują zaburzenia ze strony przewodu pokarmowego (suchość w ustach, brak łaknienia, wychudzenie). Zaburzenia sercowe są przejściowe. Zdarzają się zaburzenia psychiczne: zaburzenia pamięci, bredzenie i łatwe męczenie się. Atropina działa zwłaszcza na wzmożone napięcie mięśniowe, które zmniejsza. Słabiej działa na drżenie. Skurcze gałek ocznych ulegają poprawie. Atropina nie działa na skurcz skręcający.

**Leczenie padaczki solami boru. (Le traitement de l'epilepsie par les borates). N o e l P é r o n.**

*Bul. Gen. de Thérapeutique. T. 186. Nr. 8. 1935.*

Leczenie padaczki solami boru wprowadzili P i e r r e M a r i e i B a u t i e r, polecają jako najlepszy preparat winian bornopotasowy i podają po 5 g — 10 g na dzień. Preparat ten jest dobrze znoszony, czasami jednak występuje erythema toxicum. Poprawa występuje szybko, w ciągu tygodnia lub dwóch. Wraz z solami boru należy stosować zwykłe leczenie przeciwpadaczkowe. W handlu znajdują się następujące preparaty: Borosodine Lumièra i Tartarus boraxatus Mercka [1]).

**Przepłukiwanie płynu mózgo-rdzeniowego drogą lędźwiową i podpotyliczną w leczeniu śpiączki wskutek zatrucia barbiturowego. (Le drainage lombaire et sous-occipital dans le traitement du coma par intoxication barbiturique). N o e l P é r o n.**

*Bul. Gen. de Thérapeutique. T. Nr. 8. 1935.*

Dawka 3 g pochodnych kwasu barbiturowego jest trująca, często nawet śmiertelna, chociaż zdarzają się przypadki gdy po 13 g, a nawet 31 g następuje wyzdrowienie.

Zatrucie ostre występuje zawsze jako skutek prób samobójczych. Głównym objawem jest śpiączka głęboka z hypotonią, zniesienie odruchów ścięgnistych, obrócenie odruchu podeszwowego B a b i ń s k i e g o, sinica, przyśpieszona działalność serca, często występują zaburzenia w oddawaniu moczu i ze strony płuc.

Leczenie składa się z 3-ch części: 1. drogą żołądkowo-kiszkową staramy się usunąć truciznę, przepłukując żołądek wodą gorącą i pozostawiając w nim pół litra kawy z 120 $cm^3$ rozczynu 10% dekstrozy i 30 cm. rycyny. Pozatem stosuje się kilkakrotnie lewatywy głębokie. 2. Leczenie ogólne polega na rozgrzewaniu ciała, stosowaniu środków pobudzających serce, wstrzyknięć dożylnych strychniny, wdychaniu tlenu. 3. W zatruciu barbiturowym ośrodki rdzeniowe, opuszkowe i móżdżkowe niejako kąpią się w płynie m.-rdz. nasyconym trucizną. Leczenie polega na wypuszczeniu płynu mózgo-rdzeniowego drogą lędźwiową lub podpotyliczną. Zamiast zatrutego płynu ze splotów naczyniastych napływa płyn pozbawiony trucizny.

**Leczenie ran czaszkowo-mózgowych. (Le traitement des plaies cranio-cérébrales). N o e l P é r o n.**

*Bul. Gen. de Thérapeutique. T. 186. Nr. 8. 1935.*

Przypadki ciężkiego uszkodzenia mózgu z głęboką nieprzytomnością, brakiem odruchów, hypotonią, rozszerzeniem źrenic i sinicą zawsze kończą się śmiercią niezależnie od sposobu leczenia. W szeregu przypadków bezpośrednio po urazie chory traci przytomność, później jednak ją odzyskuje. Po przybyciu do szpitala ranni są tylko zamroczeni, podnieceni, skarżą się na zawroty głowy, mogą jednak odpowiadać na zadawane pytania. Wtedy należy przeprowadzić badanie dokładne celem wykrycia złamania czaszki lub ogniska mózgowego. U takich chorych później może wystąpić śpiączka zależna od krwotoku wewnątrzczaszkowego, który wymaga zabiegu operacyjnego. O ile występuje tylko lekka śpiączka lub osłupienie dłuższe, to i tu należy dokładnie badać, by wykryć najsłabszy objaw lokalizacyjny. Dla zwalczania obrzęku mózgu w takich przypadkach można stosować podskórnie hypertoniczny rozczyn soli, lecz tylko w przeciągu pierwszych 24 godzin, później takie wstrzyknięcia mogą wywołać nadciśnienie tętnicze. Stałe, zwłaszcza wczesne zwolnienie tętna, wskazuje na zagrażające niebezpieczeństwo.

Leczenie musi być indywidualizowane, zależnie od przypadku. Należy szeroko stosować nakłucie lędźwiowe, które zmniejsza ciśnienie wewnątrzczaszkowe. O ile ma się podejrzenie co do możliwości krwotoku wewnątrz lub nazewnątrz opony twardej należy stosować trepanację skroniową obustronną. Nigdy nie należy stosować zastrzyków morfiny, która poraża ośrodki oddechowe.

**Leczenie otępienia wczesnego za pomocą gorączki i zastrzyków złotowych. (La pyrétothérapie et la chrysothérapie des états de démence précoce). C l a u d e et D u b l i n e a u, H y v e r t, S t o e r r et C o h n.**

*Bul. Gen. de Thérapeutique. T. 186. Nr. 8. 1935.*

W początkowych okresach cierpienia nigdy nie mamy pewności co do słuszności naszego rozpoznania, zaś stosując leczenie w przypadkach o rozpoznaniu ustalonym, a więc w chorobie posuniętej, otrzymujemy zwykle wyniki ujemne. Celem wywołania gorączki stosują rozczyn siarki w oliwie, dodając kilka centymetrów sześciennych mleka ażeby wzmocnić działanie pyrogenne siarki. Są używane różne sole złota: allochryzina, solganal, crisalbina drogą dożylną. W zasadzie stosują naprzemiennie wstrzyknięcia to roztworu siarki to soli złota. Złota dają od 0,35 do 2 g. Naogół leczenie to jest dobrze znoszone. U osobników z gruźlicą występują bardzo piękne remisje, zwłaszcza u osobników młodych, przed 25 rokiem życia.

H y v e r t, S t o e r r i C o h n w przypadkach świeżych schizofrenii stosowali z dobrym wynikiem słabe dawki soli złota: crisalbiny 0,05 —0,10 g dożylnie, co tydzień, allochrisiny 0,05 g domięśniowo, solganalu 0,10 — 0,20 g domięśniowo. Ogółem podawali 1 do 5 — 8 g. Czasami równocześnie dawali siarkę.

W przypadkach schizofrenii przewlekłej wyniki były mniej zachęcające.

**Leczenia otępienia wczesnego dwunitrofenolem. (Essai de traitement de la démence précoce par le dinitrophénol). F i n k e n m a n n et S t e p h e n s.**

*Bul. Gen. de Thérapeutique. T. 186. Nr. 8. 1935.*

Dwunitrofenolem leczą otyłość. Wobec występowania otyłości w schizofrenii w zależności od zaburzeń wewnętrznego wydzielania próbowano zadziałać na otępienie wczesne dwunitrofenolem. Należy stale badać krew w kierunku na niedokrwistość i zmniejszenie ilości ciałek białych, co występuje przed agranulocytozą. Dotąd niewiele przy-

[1]) W Polsce Chem.-Farm. Zakłady L. Nasierowskiego wyrabiają preparat analogiczny: Sol. Natrii borotartarici „Elen", przedstawiony do zarejestrowania w Departamencie Zdrowia pod nazwą „Tarboran".

padków było leczonych w ten sposób. Wyniki naogół wątpliwe.

**Leczenie porażenia postępującego za pomocą malarii i tryparsamidami. (Traitement de la paralysie générale par l'impaludation et la tryparsamide). Noel Péron.**

*Bul. Gen. de Thérapeutique. T. Nr. 8. 1935.*

Leczenie obydwoma sposobami daje wyniki prawie identyczne: 42% — wyleczonych, 12% — 29% poprawionych 13% — 28% bez wyniku i 14% — 22% zejść śmiertelnych. O ile leczenie arszenikowe dało wynik ujemny, to leczenie malarią może jeszcze poprawić stan zdrowia chorego.

**Cordotomia. (La cordotomie). Schmite.**

*Bul. Gen. de Thérapeutique. T. 186. Nr. 8. 1935.*

Cordotomią nazywa się przecięcie w rdzeniu kręgowym szlaków bólowych, to znaczy pęczka Gowersa i nieuniknione uszkodzenie przedniej sześci szlaku móżdżkowego. Przecięcie dochodzi z przodu do miejsca wyjścia korzenia przedniego, a z tyłu do szlaku piramidowego bocznego. Przeważnie jest wykonywane na wysokości $D_3$ — $D_4$, bywa jedno lub obustronne, wykonywane jest w znieczuleniu miejscowym, do którego dodają lewatywę znieczulającą. Cordotomię stosują w przypadkach raków, w przypadkach wyjątkowo ciężkich zapaleń korzeni rdzeniowych i w przypadkach bolesnych kikutów pooperacyjnych. Komplikacje pooperacyjne występują przeważnie u chorych wyniszczonych — rakowatych; występuje przekrwienie i ostry obrzęk płuc, zakażenie dróg moczowych i uremia, wreszcie przedwczesne, szybko rozszerzające się odleżyny. U zdrowych osobników przejściowo występuje gorączka, wzdęcie brzucha i zaburzenie zwieraczy. Bóle trapiące chorych ustępują zupełnie w 54%, częściowo w 17%, w 20% wyniki są wątpliwe, a w 6% zupełnie ujemne. Zaburzeń ruchowych nie powinno być. Czasami występuje lekka hypotonia zależna od uszkodzenia dróg móżdżkowych. Zaburzenia zwieraczy występują przy cordotomii obustronnej. Przed zastosowaniem zabiegu należy zdać sobie dokładnie sprawę z charakteru bólu, u psychopatów cordotomia jest przeciwwskazana. Należy rozstrzygnąć czy można ograniczyć się do cordotomii jednostronnej, gdyż cordotomia dwustronna jest niebezpieczna z powodu możliwości zaburzeń ze strony zwieraczy. Należy brać pod uwagę siły chorego, osłabione zasadniczym cierpieniem. U rakowatych trzeba wykluczyć przerzut do płuc, który stanowi jedno z przeciwwskazań.

*Zygmunt Messing.*

## CHIRURGIA.

**Zgorzel gazowa po wstrzyknięciach lekarstw. (La gangrène gazeuse après injections médicamenteuses). Touraine.**

*La Presse Méd. Nr. 33, kwiecień 1936.*

Autor znalazł w piśmiennictwie lekarskim opisy 83 przypadków zgorzeli gazowej, rozwijającej się po wstrzyknięciach podskórnych i domięśniowych leków takich jak: kamfora, kofeina, adrenalina, roztwór fizjologiczny soli itp. Jest to niewiele, jeśli zważyć ile wstrzyknięć tego rodzaju wykonuje się dziennie jednakże przypadki te zasługują na omówienie. Rozpatrując, mianowicie, okoliczności towarzyszące samemu wstrzyknięciu, jak i cierpienie zasadnicze, które wymagało wstrzyknięcia leku, autor stwierdza, że mało prawdopodobnym jest tu wprowadzenie zakażenia z zewnątrz — z lekarstwem lub przy wkłuwaniu igły. Natomiast u większości chorych stwierdzono poprzednio zaburzenia jelitowe. W warunkach normalnych pałeczka zgorzeli gazowej (bact. perfringens) wraz z innemi beztlenowcami znajdują się w jelitach i układzie moczo-płciowym, do krwi — nie przechodzi. Jednakże przy schorzeniach jelitowych drobnoustroje te mogą się do krwi przedostawać i krążyć w niej w niewielkiej wszakże ilości, nie wywołując żadnych prawie objawów. W tych warunkach jednak wstrzyknięcie do mięśni czy pod skórę leku, powodujące uszkodzenie tkanek, wylewy krwawe, obrzęk a nawet niewielką zgorzel aseptyczną — stwarza t. zw. miejsce słabszego oporu (locus minoris resistentiae). Krążące we krwi pałeczki zgorzeli gazowej usadawiają się tam, rozwijają intensywnie i szybko, dając w krótkim czasie objawy miejscowe i ogólne. Ból, występujący po każdym wstrzyknięciu, w przypadkach tego rodzaju nie występuje, a przeważnie, narasta w masę jak pojawia się obrzmienie i zaczerwienienie danego odcinka ciała. Po 10 godzinach zjawiają się już trzeszczenia, ciepłota ogólna podnosi się do 40° C przy czym występują dreszcze, stan ogólny pogarsza się, następuje zapaść i zejście śmiertelne. Cały ten proces od pojawienia się pierwszych trzeszczeń do zejścia śmiertelnego trwa zwykle około 24 godzin, w wyjątkowych wypadkach przeciągnąć się może do 4 — 7 dni. Wszelkie sposoby leczenia swoistą surowicą są bezskuteczne; śmiertelność przypadków wynosi 94% (78 zejść śmierci na 83 przypadki). Przypadki zgorzeli gazowej po wstrzyknięciach lekarstw są więc powikłaniem, którego przewidzieć i za które czynić odpowiedzialnym lekarza — nie można.

**Wyniki po operacjach przeszczepiania jajników. (Résultats des greffes ovariennes). Cotte.**

*Journ. de Chir. t. 48 Nr. 4 październik 1936.*

Autor omawia wyniki, otrzymane po operacjach przeszczepiania jajników: 1) własnych danej chorej, 2) jajników innej kobiety, 3) jajników zwierzęcych; przy tym rozróżnia przypadki, w których zachowano macicę, i przypadki, w których je usuwano.

Przeszczepianie własnych jajników miało na celu albo 1) leczenie niepłodności, spowodowanej zapaleniem jajowodów, albo 2) zapobieganie zaburzeniom, powstającym po kastracji. W pierwszym przypadku najlepsze jeszcze wyniki daje, po usunięciu jajowodu, przeszczepienie jajnika na szypule do jamy macicy. Z 200 operowanych w ten sposób chorych 21 zaszło w ciążę, jednakże 7 z nich poroniło w 3 — 4 miesiącu ciąży.

Przeszczepienie jajników w przypadkach kastracji daje lepsze wyniki wówczas, gdy zostaje zachowana macica. Dalsze utrzymywanie się miesiączki jest tu dowodem prawidłowego działania przeszczepu. Jedynie w przypadkach złośliwego nowotworu szyi macicy przy usuwaniu całej macicy należy jajnik przeszczepić np. w okolicę gruczołu piersiowego, ażeby w ten sposób uchronić go przed działaniem promieni Roentgena, stosowanych jako leczenie uzupełniające. Połowa przeszcze-

pionych jajników w przypadkach kastracji działała dłużej niż 2 lata, działanie to było jednakże ograniczone. Autorowi nie wiadomo, czy w przeszczepionym pod skórę jajniku dojrzewają pęcherzyki Graffa i czy wytwarza się ciałko żółte. W każdym razie, przeszczepy osłabiają nieco przebieg zaburzeń w wydzielaniu wewnętrznym jako następstw po kastracji.

Przeszczepy jajników osób obcych wobec rozwiniętego obecnie leczenia hormonalnego wykonuje się rzadko. Opisano 500 przypadków tego rodzaju zabiegów. Po wykonaniu przeszczepu u kobiet z zachowaną macicą i jednym lub dwoma niewydolnemi jajnikami — w 22 przypadkach uzyskano zajście w ciążę, w pozostałych poprawę w cyklu miesiączkowym. Autor uważa jednak, że w tych przypadkach czynnikiem pobudzającym jajniki był sam zabieg otwarcia jamy brzusznej. Swierdzono bowiem, że nieraz upośledzenie czynności jajników ustępuje po innych zabiegach operacyjnych w jamie brzusznej jak: usunięcie wyrostka robaczkowego, otwarcia brzucha w celach rozpoznawczych, wycięcie częściowe jajników i t. p.

Przeszczepienie jajników zwierzęcych w przeciwieństwie do przeszczepienia jąder zwierzęcych — wyników dodatnich nie dało.

**Odległe wyniki operacyj, wykonanych z powodu przedziurawienia wrzodu żołądka. (L'avenir éloigné des opérés pour perforation d'ulcères gastriques et duodénaux). L u q u e t.**

*Bull. et Mem. de Chir. de Paris, Nr. 10 czerwiec 1936.*

Przypadki przedziurawienia wrzodu żołądka lub dwunastnicy wymagają natychmiastowej interwencji chirurgicznej. Zabieg, wykonany w pierwszych godzinach po przedziurawieniu, polega zwykle na zaszyciu otworu z przedziurawienia wrzodu i wykonaniu zespolenia żołądkowo-jelitowego; wykonywamy później, w warunkach gorszych, ogranicza się bądź do zeszycia otworu z przedziurawienia, bądź do wykonania przetoki żołądkowej. Obserwując przez czas dłuższy chorych, u których wykonane było tylko zeszycie otworu lub zeszycie i zespolenie żołądkowo-jelitowe, autor uważa, że u 30 — 40% chorych w przypadku pierwszym, a u 20 — 30% — w przypadku drugim polepszenie pooperacyjne jest tylko wynikiem przejściowym. Zabiegi te bowiem usuwają bezpośrednie niebezpieczeństwo, grożące choremu, jednakże nie dają wyleczenia choroby zasadniczej. To też chorych takich należy uświadomić zawsze co do możliwości ponownego wystąpienia objawów wrzodu. Przy pojawieniu się pierwszych objawów wrzodu lub poważniejszych zaburzeń w trawieniu, należy u tych chorych wykonać rozległe wycięcie żołądka, co jedynie tylko może dać całkowite i trwałe wyleczenie choroby wrzodowej.

**Stosowanie dwutlenku węgla w chirurgii. (L'anhydride carbonique en pratique chirurgicale). J. P e r g o l e.**

*L'Avenir medical, styczeń 1936.*

Dwutlenek węgla posiada następujące własności farmakologiczne: pobudza działalność ośrodka oddechowego (w stężeniu poniżej 10% powietrza wdychanego), wywołuje skurcz naczyń obwodowych i w związku z tem podwyższa ciśnienie tętnicze (tylko w czasie wdychania gazu) i zwiększa ogólne napięcie tkanek. W związku z tem, znajduje on szerokie zastosowanie przy usypianiu chorych do operacji, w przebiegu pooperacyjnym i przy leczeniu powikłań pooperacyjnych.

Przy usypianiu chorych dwutlenek węgla stosuje się jako dodatek do wdychanego środka usypiającego, np. eteru, chloroformu i in. Stosuje się go również w formie wdychania w przebiegu znieczulenia rdzeniowego, awertynowego itp. Szczególnie korzystnym jest stosowanie dwutlenku węgla w przypadkach zapaści oddechowej, niskiego ciśnienia krwi i w przypadkach grożących powstaniem niedodmy płuc.

W okresie bezpośrednio pooperacyjnym, podawanie dwutlenku węgla do wdychania w odstępach parogodzinnych jest celowe, gdyż zapobiega się w ten sposób powstaniu niedodmy i następowego zapalenia płuc, powstaniu kwasicy pooperacyjnej i zakrzepów naczyniowych (przez pobudzenie krążenia krwi). Dwutlenek węgla działa w tym okresie również, dodatnio na ruch robaczkowy jelit. W razie wystąpienia płucnych powikłań pooperacyjnych wdychanie tlenku węgla sprowadza lepsze przewietrzenie płuc, ustępowanie objawów niedodmy, ułatwia odpluwanie, łagodzi uczucie duszności i zmniejsza sinicę. Działa nieraz również wybitnie dodatnio w przypadkach silnie zaznaczonego wstrząsu pooperacyjnego.

Przeciwskazaniem jest podawanie dwutlenku węgla u dzieci i u chorych z nadmiernie wysokim ciśnieniem krwi. Przy podawaniu dwutlenku węgla nie należy przekraczać jego stężenia w powietrzu wdychanym powyżej 10%; niektórzy radzą nawet nie przekraczać 5%.

Dwutlenek węgla jest szczególnie wskazany w przypadkach operacji płucnych, operacji klatki piersiowej, żołądkowo-wątrobowych, u starców i osób cierpiących na przewlekłe zapalenie oskrzeli i rozedmę płuc.

**Związek powstawania zakażenia rany z ilością krwi wylanej do rany. (L'influence des épanchements sanguins sur l'évolution de l'infection des plaies). G u r e w i t c h, R e w o.**

*Revne de Chir. Nr. 8, październik 1936.*

Powszechnie uważa się, że zarówno krwiak, jak i każdy wylew krwawy w tkankach łatwo ulega zakażeniu i jest dobrym podłożem dla rozwoju drobnoustrojów. Jednakże przy głębszych rozważaniach teoretycznych, dochodzi się do wniosków wręcz przeciwnych. Krew posiada bowiem własności bakteriobójcze, które jakkolwiek „in vitro" w miarę czasu zmniejszają się, to jednak w organizmie żywym przy stale zachodzących w wylanej do tkanek krwi procesach biologicznych i stałym kontakcie z płynami ustroju mogą się utrzymywać przez czas dłuższy. Krew ta zawiera zawsze pewną ilość ciałek białych, które też stanowią o odporności na zakażenie.

Z obserwacji klinicznych złamań kości, pękniętych jajowodów w przebiegu ciąży jajowodowej i innych wylewów krwawych wynika również, że krew wylana rzadko ulega zakażeniu.

Autorzy wykonali szereg doświadczeń na królikach, wytwarzając operacyjnie krwiaki i zastrzykując podskórnie w miejsce odległe zawiesinę drobnoustrojów ropotwórczych. Z doświadczeń tych wyciągnęli oni następujące wnioski: 1) ilość ciałek białych we krwi zwierzęcia wpływa znacznie na odporność krwiaka na zakażenie, 2) własności bakteriobójcze surowicy wylanej krwi stopniowo

zmniejszają się, 3) czynniki zewnętrzne, np. oziębienie okolicy krwiaka, zmniejszają jego odporność, 4) natomiast dodatkowy uraz innego odcinka ciała — zwiększa ją.

Krwiaki duże, które mechanicznie powodują uszkodzenie tkanek okostnych i zaburzenia miejscowe w krążeniu, zmniejszają tem samem odporność miejscowa tkanek; krwiaki mniejsze natomiast, nie wywołujące większych zmian w tkankach, są raczej miejscem o silniejszej odporności. Wobec tego nie należy opróżniać krwiaków pooperacyjnych, gdyż traci się w ten sposób wartościowe składniki i otwiera drogę dla zarazków.

Chirurg Riese na 1600 operowanych przez siebie przypadków stwierdził obecność krwiaka w ranie pooperacyjnej w 66 przypadkach. Na 1544 przypadków bez krwiaków — zropieniu ulegało 3% podczas gdy rany z krwiakami zropiały tylko w 1,3%.

**Obrazy kliniczne schorzeń policzka. (Séméiologie des affections de la région jugale). C. Ruppe.**

*La Presse Méd. Nr. 3, styczeń 1936.*

### A. Ostry obrzęk zapalny.

1. Róża policzka: charakterystyczne wygórowanie płaskie, twarde, szkarłatne, odcinające się od otoczenia ciemniejszym, wałowatym, bolesnym zgrubieniem. Obrzęk obejmuje powieki, wargi, uszy, podstawę nosa, nadając twarzy wygląd maski chińskiej. Jest to zakażenie paciorkowcowe.

2. W przypadkach zakażenia skóry gronkowcami obraz będzie nieco odmienny, mianowicie: brak wyraźnego obwałowania, kolor zmienionej zapalnie skóry jest siny, bolesność największa po środku stwardnienia, zmniejsza się ku obwodowi. Zakażenie to kończy się najczęściej zejściem niepomyślnym.

3. Przy ropowicy policzka, wywołanej przeważnie schorzeniem dolnych zębów, obrzęk zaczyna się w ich okolicy, nie ma wyraźnych granic, wykazuje chełbotanie i często otwiera się jedną lub kilkoma przetokami na skórze policzka. W postaci cięższej ropowica obejmować może i część skroniową policzka. W tej okolicy daje silną bolesność, mocna powięź utrudnia wykrycie chełbotania, dlatego też przy podejrzeniu obecności ropy należy zawsze wykonać nakłucie. Ropowica w dole skrzydłowo-szczękowym daje objawy szczękościsku i obrzęk okolicy przyusznicy, szerzący się ku tylnej części szyi, lub daje objawy ze strony oczodołu, szerząc się ku szczelinie klinoszczękowej. Punktem wyjścia ropowicy mogą być, prócz schorzeń zębów, czyraki nosa, zakażone owrzodzenie raka zatok, zapalenie gruczołów bródkowych, ropne zapalenie woreczka łzawego, rozlane zapalenie szpiku kostnego żuchwy itp.

4. Zapalenie gruczołów bródkowych (ganglion génien). Przy obmacywaniu wyczuwa się obrzmiałe gruczoły do przodu od mięśnia zwacza i powyżej dolnego brzegu żuchwy, którym nieraz towarzyszy niewielki obrzęk tkanki podskórnej. Zakażenie tych gruczołów wychodzi z zębów (ząb mądrości), z nosa, skóry twarzy.

5. Przy zapaleniu zakrzepowem żyły twarzowej obrzęk zaczyna się przede wszystkim w okolicy wenętrznego kąta oka (wyczuć można w tej okolicy zgrubiała w postaci powrózka żyłę), obejmuje powiekę, spojówkę, unieruchamia oko. Szybko pojawiają się objawy oponowe, proces zakrzepowy bowiem przechodzi na żyłę oczną i żyły zatoki jamistej. Jest to schorzenie naogół rzadkie, przyczyną bywa czyrak skrzydełka nosa.

6. Kanał Stenona w przebiegu kamicy może ulec zakażeniu. Rozwija się wówczas poziomy wałowaty obrzęk policzka na wysokości kanału, przyusznica obrzmiewa. Schorzenie to również jest rzadkie.

### B. Zgorzel części policzka.

Rozróżniamy zgorzel suchą i wilgotną. Zgorzel sucha rozwija się jako następstwo zapalenia zakrzepowego tętnic, może być wtórnie zakażona. Postaci te spotykamy w przebiegu raka wodnego (noma). Zgorzel wilgotna przebiega gwałtownie, obejmując okolice skroniowe, zatok skrzydłowo-szczękowych, szyję i jest następstwem schorzeń zębowych.

### C. Wąglik.

Rozwija się w postaci krosty, otoczonej wałem czerwonym, grubym, pokrytym drobnymi pęcherzykami żółtawymi.

### D. Nowotwory i zapalenie swoiste.

Rozległe obrzmienie przewlekłe policzka może często zależyć od obecności mięsaka podokostnowego; drobne i niebolesne — od torbieli w okolicy korzenia zębowego Guz miękkawy i niebolesny w częściach miękkich policzka może być tłuszczakiem, najczęściej jednak bywa naczyniakiem lub chłoniakiem. Naczyniaki są to guzy wrodzone, które mogą się z wiekiem powiększać; są one guzowate lub płaskie. Płaskie nie wypuklają ani skóry, ani śluzówki, tworzą jedynie plamę czerwoną. Naczyniaki guzowate mieszczą się w skórze lub pod skórą, rzadko w śluzówce. Naczyniaki są zasadniczo nowotworami łagodnymi, jednakże mogą: a) szerzyć się i uciskać tkanki okoliczne, b) tworzyć owrzodzenia, c) przekształcać się w tętniaki, d) ulec zwyrodnieniu mięsakowatemu.

Chłoniak utworzony jest z małych pęcherzyków, zawierających ciecz chłonną, wypuklających śluzówkę. Rozwija się b. wolno, drażni jednak otoczenie i wywołuje stany zapalne.

Przewlekłe nacieki twarde policzka mogą nasuwać podejrzenie zmian gruźliczych lub promienicznych. Schorzenia te dają liczne przetoki. Wynik badania wydzieliny decyduje o rozpoznaniu.

7. Przy obecności owrzodzeń śluzówki należy przede wszystkim myśleć o raku policzka, wtórnie zakażonym. Trzeba zaznaczyć, że sam guz może być skryty w głębi tkanek i przy powierzchownym badaniu — dość trudnym do wykrycia. W związku z tem ocena właściwego charakteru takiego owrzodzenia może być w pewnej chwili trudna.

*J. Czyżewska.*

## GINEKOLOGJA.

**Przedmuchiwanie jajowodów w czasie operacji na nich, oraz jako leczenie pooperacyjne dopełniające. (L'insufflation utéro-tubaire an cours et comme complément post-opératoire des interventions sur les trompes). B l o c h - W o r m s e r.**
*Rev. fr. Gynécol. T. 31, Nr. 7, 1936.*

Operacyjne leczenie niepłodności kobiecej daje tak niezadawalające wyniki, że wszelkie poszukiwanie nowych sposobów leczenia jest najzupełniej usprawiedliwione. Autor uważa za godny polecenia sposób: przedmuchiwanie jajowodów w czasie operacji oraz po niej, a to w celu przeciwdziałania nawrotowi zrostów pooperacyjnych.

Dla ilustracji swego sposobu postępowania przytacza autor 4 przypadki, w których ujemne uprzednio przedmuchiwanie stało się dodatnie w czasie operacji bądź na skutek zmienionego ułożenia chorej (ułożenie zwisłe *Trendelenburga)*, bądź na skutek zwolnienia końca jajowodów ze zrostów.

W jednym z wymienionych przypadków doszło w następstwie do dwukrotnego zapłodnienia, zakończonego donoszoną ciążą i porodem.

Przypadek ten dotyczył 26-letniej osoby z wtórną niepłodnością po sztucznym przerwaniu ciąży. Przedmuchiwanie ujemne pomimo ciśnienia dochodzącego do 200 mm. Hg. Salpingografia wykazała przejście lipiodolu do jajowodu, ale nie można było stwierdzić bez zwątpienia przejście płynu kontrastowego do wolnej jamy otrzewnej.

W czasie operacji stwierdzono tyłozgięcie macicy wśród licznych, mocnych zrostów, które zwolniono i zgłębnikiem stwierdzono drożność prawego jajowodu; wprowadzone przez macicę powietrze wykazało również drożność prawego jajowodu.

Na VIII dzień po operacji dokonano znowu przedmuchiwania jajowodów z wynikiem dodatnim; po następnych 6 tygodniach następne przedmuchiwanie wypadło znowu dodatnio, a po następnych 2 miesiącach pacjentka zaszła w ciążę.

W wyniku swoich doświadczeń autor zaleca gorąco omówione postępowanie.

**Cięcie cesarskie i następne porody. (La section césarienne et les accouchements ultérieurs). R. K e l l e r et H. F o b e.**
*La Gynécologie, Juillet 1936.*

Dobre wyniki pooperacyjne cięcia cesarskiego w dolnym odcinku stały się powodem ro rozszerzenia wskazań do tej operacji. Tendencja do zwiększenia liczby cięć cesarskich skłoniła autorów do zebrania przypadków porodów samoistnych po przebytym cięciu cesarskim, oraz przypadków powtórnej operacji. Zebrany materiał z lat 1920 — 1935 pozwala na wyciągnięcie szeregu wniosków o wpływie cięcia cesarskiego na dalsze losy kobiety.

Z 59 zebranych obserwacyj dotyczących 50 kobiet, 35 — przeszły powtórne cięcie cesarskie., 15 (30%) rodziło samoistnie.

Wskazaniami do wykonania pierwszej operacji były przeważnie przeszkody w kanale kostnym, połączone niekiedy z przodowaniem pępowiny lub położeniem twarzowym. Powikłania pooperacyjne nieznaczne.

Wielu autorów obawia się, że u rodzącej po przebytym cięciu cesarskim, bóle porodowe mogą wywołać pęknięcie macicy i nie dopuszczają do porodu samoistnego, jednak statystyki wykazują, że w dużej mierze przyczyną pęknięcia macicy są przedwcześnie lub niepotrzebnie wykonane zabiegi. Autorzy nie obawiają się ani skurczów macicy, ani podawania hypophisyny po przebytym cięciu cesarskim.

Czas porodu nie zależy od przebytej operacji, i wynosi około 8 godzin, przebieg przeważnie siłami natury. Autorzy podają jeden przypadek przyrośnięcia łożyska w miejscu blizny i 1 przypadek pęknięcia macicy na początku bólów porodowych po operacji wykonanej w trzonie, co zgadza się z większością statystyk, wykazujących, że do pęknięcia macicy bardziej usposabia cięcie przeprowadzone w trzonie, niż w dolnym odcinku.

*Merger* sądzi, że jeżeli wskazaniem do wykonania operacji jest zwężenie miednicy, to przyczyna ta zjawia się przy każdym następnym porodzie. Obserwacje autorów obalają te przypuszczenie, znane są bowiem przypadki, że wraz z ogólnym rozwojem kobiety powiększają się wymiary jej miednicy kostnej i nie stanowi ona już przeszkody porodowej.

Autorzy nie decydują się nigdy na wykonanie powtórnego cięcia cesarskiego bez dłuższej obserwacji bólów porodowych, a wykonują je jeśli stwierdzą brak postępu porodu, gdyż znane są przypadki porodu samoistnego po przebytym cięciu cesarskim nawet przy sprzężnej prawdziwej wynoszącej 6 cm.

Statystyka wykazuje, że wyniki powtórnej operacji są lepsze od ogólnych wyników pooperacyjnych po cięciu cesarskim. Tłumaczy się to tym, że pacjentka, która raz przeszła operację, wcześniej udaje się pod obserwację lekarza i cięcie cesarskie dokonywa się w lepszych warunkach.

*Śmiertelność* przy powtórnym cięciu wynosi 0%. Co do techniki powtórnej operacji — należy stwierdzić, że trudności są duże, związane z wytworzonymi zrostami, zwłaszcza po operacji w trzonie.

Wtórna operacja po cięciu w dolnym odcinku stwarza trudności przy oddzieleniu pęcherza i doprowadza do znacznych okaleczeń. Autorzy radzą w takim przypadku przeprowadzić cięcie poprzeczne, które chociaż nie daje tej odporności jak podłużne i może spowodować krwotok, jest jednak celowe przy relaparotomii oraz przy źle wykształconym dolnym odcinku.

Wielu autorów jest zdania, że blizna pooperacyjna w macicy stanowi przeszkodę dla zagnieżdżenia się jaja, lub donoszenia ciąży. Opierają swe poglądy na statystykach, które dowodzą, że 15.5% — 30% kobiet po przebytym cięciu cesarskim albo nie zachodzi w ciążę albo roni.

Obserwacje autorów obalają to zdanie, wykazując, że przebyta operacja w niczym nie osłabia płodności danej kobiety i że następne ciąże zjawiają się najczęściej po roku lub 2 po przebytym cięciu cesarskim.

**W sprawie przeszczepiania jajników. Warunki anatomiczne zachowanie jajnika in situ: ukrwienie jajnika. (A propos de la greffe ovarienne. Les conditions anatomiques de la conservation de l'ovaire in situ: irrigation de l'ovaire). M a s s a b u a u G., A. G u i b a l, R. J o y e u x.**
*La Gynécologie, R. 1936, Nr. 8.*

Sprawa ukrwienia jajnika ma zasadnicze znaczenie dla wartości pozostawienia jajnika in situ

w czasie operacji wycięcia macicy, względnie usunięcia jajowodów.

Oczywista ukrwienie jajnika nie jest jedynym warunkiem prawidłowego funkcjonowania tego gruczołu dokrewnego: wchodzą tu niewątpliwie w grę takie czynniki jak unerwienie, wzajemny stosunek śluzówki macicy i jajnika itd.

Jednakowoż ukrwienie jest czynnikiem bezwarunkowo koniecznym dla życia jajnika i dlatego choćby ważne jest zbadanie jego warunków.

Wiadomo, że jajnik otrzymuje krew tak od tętnicy macicznej, jak jajnikowej, przy czym ta ostatnia doprowadza krew do bieguna zewnętrznego jajnika, pozostała zaś jego część, jajowód i macica otrzymuje odżywienie od tętnicy macicznej. Wiadomo również, że obydwie te tętnice łączą się ze sobą szeroką anastomozą; chodziło jednak o wyjaśnienie czy i jakie istnieją połączenia dodatkowe, które mogą wpłynąć na ukrwienie jajnika.

Badania swe autorzy przeprowadzali na preparatach narządów rodnych, pochodzących z rozmaitych okresów życia kobiety, oraz na macicach i jajnikach płodowych. Przebieg naczyń krwionośnych uwidoczniali oni przez wstrzykiwanie zabarwionej masy lub płynu kontrastowego, poddając następowo preparaty fotografii rentgenowskiej.

W wyniku swych badań A. A. stwierdzili u płodów, oprócz głównej anastomozy biegnącej pod jajnikiem, jeszcze drugą pod jajowodową anastomozę tętnic jajnikowej i macicznej.

Natomiast u dorosłych, oprócz wymienionych połączeń tych dwu tętnic, stwierdzić można jeszcze trzecią anastomozę, która, biegnąc pomiędzy anastomozą główną a podjajowodową rozpoczyna się od tętnicy macicznej (w jej odgałęzieniu przeznaczonym dla rogu macicy) z jednej strony, — a od tętnicy jajnikowej z jej rozgałęzień przyjajnikowych — z drugiej.

Streszczając się autorzy dochodzą do następujących wniosków:

Grubość tętnicy macicznej każe jej oddać pierwszeństwo w zaopatrzeniu jajnika, natomiast obfite rozgałęzienie gałązek kazałoby oddać pierwszeństwo tętnicy jajnikowej. Praktycznie jednak szerokie i liczne połączenia obydwu naczyń krwionośnych każe przypuszczać ich wspólną i równorzędną rolę odżywczą dla przydatków macicy.

Z powyższego wynika ważny wniosek praktyczny: że wycięcie jajowodu nie powinno przerwać ukrwienia jajnika, gdyż podwiązaniu ulega tylko anastomoza podjajowodowa, która nie ma nic wspólnego z ukrwieniem jajnika; drugie połączenie główne przebiega znacznie niżej, to ostatnie nie wchodzi wogóle w mesosalpinx.

To też dla dostatecznego odżywienia jajnika wystarczy w zupełności zachowanie jednego z dwu głównych pni tętniczych: tętnicy macicznej lub jajnikowej.

Natomiast pamiętać należy, że połączenia tętnicy jajnikowej z tętnicą maciczną wychodzą z tej ostatniej jej gałązki, zdążającej do rogu macicy; to też głębokie wycięcie rogu przy *salpingectomii* spowodować może przerwanie dopływu krwi do jajnika od strony macicy i w tych przypadkach baczyć należy, aby nie podwiązać od drugiego końca tętnicy jajnikowej.

*Zawodziński.*

# CHOROBY UCHA, GARDŁA, NOSA.

**Kiła ucha wewnętrznego. (La syphilis de l'oreille interne). H. P r o b y.**

*La Presse Médicale, 1936 r., Nr. 9.*

Autor spostrzegał kilka przypadków utajonej kiły t. j. bez wyraźnych odczynów swoistych, gdzie obiawy menierowskie były złączone ze zniesieniem wzgl. upośledzeniem czucia małżowiny usznej, przy pewnej zresztą rozbieżności co do czasu wystąpienia i ustąpienia obu tych zespołów. Leczenie swoiste doprowadziło do cofnięcia się objawów przedsionkowych, zmiany w obrębie małżowiny podlegały mniej wpływowi leczenia. Autor objaśnia ten podwójny zespół dwoma czynnikami anatomicznymi. Szczegółową analizą wykazuje autor, iż nerw VIII wraz ze zwojem przedsionkowym S c a r p y przed podziałem na gałęzi stanowi rodzaj niecki, w której bezpośrednio znajdują w obrębie przewodu słuchowego wewnętrznego (meatus acusticus internus) pomieszczenie czuciowa gałązka nerwu VII-go i nerw pośredni (intermedius), a nieco niżej także zwój kolanka (gangl. genuculi). Silne przeważanie objawów przedsionkowych nad objawami słuchowymi tłumaczy autor okolicznością, iż gałązka przedniodolna (n. cochlearis) szybko rozbija się na luźne gałązki śliniaka, podczas gdy gałązka tylnogórna (n. vestibularis) dzieli na dłuższej przestrzeni topograficznie losy nerwu VII-go czuciowego. D r u g i m czynnikiem, tłumaczącym rzeczony zespół ma być zasadnicza różnica w budowie nerwów czuciowych i ruchowych, przy czym nerwy zmysłowe (VIII-y) są tylko bardziej zróżniczkowanymi w funkcji nerwami czuciowymi. Nerwy czuciowe (i zmysłowe) są dużo delikatniejsze w budowie swych włókien, przeto na działania toksyczne, infekcyjne itp. są dużo wrażliwsze. W ten sposób powstaje dysocjacja między działaniem w kile na nerwy czuciowe i zmysłowe z jednej strony, a integralnością nerwów ruchowych, pozostających bez wyraźnych zmian klinicznych.

**Dychawica a nos. (L'asthme et le nez). J a c q u e l i n.**

*J. w. Nr. 30.*

Atak duszności astmatycznej jest swoistym, klinicznie typowym odczynem pewnego rodzaju ustrojów na szereg przyczyn zgoła różnorodnych, jest objawem, który można bez względu na jego przyczynę zwalczyć adrenaliną, podczas gdy leczenie trwalsze musi uwzględnić różne czynniki patogenetyczne. Jakież są te czynniki? Pod tym kątem widzenia podejmują autorowie rozpatrzenie czynników rhinogennych z myślą o ustaleniu stopnia skuteczności zabiegów nosowych, określanych chętnie w ostatnich czasach jako „sympatyko-terapeutyczne". Wśród autorów można wyróżnić trzy grupy. Jedni (C o h e n, R u b e n s t o n e B r o r s o n, G r i e b e l, S m i t h, G i n n i s, v a n L i e u v e n, J a m e s) podają przytłaczający odsetek wyleczeń dychawicy drogą tych zabiegów; drudzy (B e z a n ç o n, B o u r g e o i s, H a l p h e n, G r a n t) twierdzą, że sprawy nosowe wprawdzie nie wywołują astmy, lecz mogą się do jej powstania przyczyniać: trzecia grupa (W a r n e r, M c G r e g o r, B a u m, K a h n, R o w e, W a l k e r, G r a v e, H o w a r t h, R a c k e m a n n,

T o b e y, T o d, L i e r l e, M o l l) odmawiają zabiegom nosowym niemal wszelkiego znaczenia. Autorzy omawianej tu pracy, — opartej 1) na spostrzeganiu 430 astmatyków, z których 45 było nosowo operowanych i 2) śledzonych w ciągu kilku lat, — przyłączają się raczej do grupy trzeciej. Główna ich teza brzmi: zabiegi nosowe są w tej mierze u astmatyków, usprawiedliwione, co i u nie-astmatyków. Astmatyk, któremu się po zabiegu dużo obiecuje, ma wielką szansę by być w nadziejach zawiedzionym. Oto statystyczne dane: Na 430 astmatyków zmiany nosowe częściowo wielokrotne, stwierdzono u 114, a mianowicie: Rhinitis vasomotoria (14), wygięcie przegrody (42), zakaźny stan śluzówki (26), przerosty muszli (25), polipy (22), ethmoiditis (22), muszlę stykającą się z przegrodą (20), kolce przegrody (16), wąskość przestworów nosowych (12), nieżyt gardła (11), przerost migdałków (9), rhinitis atrophica (4), nasopharyngitis muco-purulenta (3), przedziurawienie przegrody (2), sphenoiditis (1). Nie wchodząc w analizę mechanizmu (infekcyjnego, mechaniczno - odruchowego itp.) działania leczniczego autorowie ograniczają się do podania: I. rodzaju wykonanych zabiegów [usunięcie polipów (19), muszli (13), przyżegan (12), resekcji podśluzowych przegrody (8), nakłuć zatoki (5), exkochleacji sitówek (3), tonsillo-adenotomie (4), znieczulenie płynem B o n a s n a itp. (4)] i II. wyników: [wyleczeń 0, popraw (19), braku wyniku (18), pogorszeń (8)]. Na pierwszym planie, nawet w wypadku wykonania zabiegu, stawia autor leczenie ogólne, skierowane ku zwalczaniu chwiejności ustroju (déséquilibres) i licznych, towarzyszących astmie, zaburzeń czynnościowych. (My laryngologowie możemy tylko stwierdzić, że teorie odruchów nosowych mają swe źródło w bezsilności medycyny wewnętrznej w odniesieniu do zwalczenia dychawicy oskrzelowej. (Ref.)

**Przyczynek do leczenia ozeny acetylcholiną. (Contribution au traitement de l'ozène par l'acetylcholine). C h é r i d j ï a n - S c i c l o u n o f f.**

*J. w. Nr. 65.*

Autor na zasadzie czteru własnych wyleczonych przypadków, u których postępował w niżej opisany sposób, przemawia za leczeniem ozeny drogą równoczesnego stosowania acetylcholiny i wapna (jedno i drugie pozażołądkowo). Autor wychodzi z założenia teoretycznego, że efekt acetylcholiny jest lepszy, gdy poziom wapnia we krwi (obniżony lub prawidłowy w danym przypadku) jest wyższy.

**Ucho i przytarczyca. (Oreille et parathyroïde). M a l h e r b e A.**

*J. w. Nr. 77.*

Autor przypomina swoje prace nad otosklerozą jako chorobą kobiet, rozpoczynającą się w wieku dojrzewania płciowego. Autor nazywa tę chorobę „otite - osteospongieuse". Zdaniem jego w etiologii tej jednostki chorobowej, której głównymi symptomami klinicznymi są szum w uszach i postępujące przytępienie słuchu, decydujące znaczenie ma upośledzenie czynności przytarczycy. Autor przytacza cztery przypadki znacznej poprawy lub wyleczenia drogą zastrzyków parathormonu C o l l i p a pod formą preparatu „paratyron'u". Niekiedy kombinował autor zastrzyki te (w ilości koło 20) z elektro-jonizacją transtympanalną.

**Leczenie nawrotowych zapaleń ropnych zatok czołowych. (À propos du traitement de la sinusite frontale. Traitement des sinusites suppurées récidivantes). N. T a p t a s.**

*J. w. Nr. 70.*

I. W wypadku przewlekających się ropień zatoki czołowej należy rozpocząć leczenie chirurgiczne od zabiegu wewnątrz-nosowego. W tym wypadku usuwa się najprzód sitówki przednie i muszlę średnią i należy dostać się bez użycia siły do zatoki. Następnie rozszerza się dostęp do jamy przy pomocy trefiny, zdejmując masyw kostny poza szwem czołowo-nosowym. Niejednokrotnie usuwa się też przeszkadzającą kostną przegrodę nosa i agger nasi i otwiera się chorą zatokę szczękową. II. Gdy zabieg ten wewnątrznosowy nie doprowadzi do zadowalającego wyniku, zazwyczaj — przy zatokach nie przekraczających połowy długości łuku brwiowego—wykonać należy zabieg zewnętrzny. Polega on na usunięciu małej części przedniej ściany zatoki i gruntownym utorowaniu drogi do nosa przez zupełne usunięcie sitówek. Niekiedy dojdzie się również do zatoki klinowej, a przy dłutowaniu przedniej ściany zatoki aż do otworu gruszkowatego (apertura pyriformis). Ważnym jest, by wewnętrzna ściana zatoki — identyczna z zewnętrzną orbity — nie została naruszona. III. Przy zatokach sięgających zewnętrznego końca łuku brwiowego należy dla dobrego drenażu i należytej exkochleacji wydłutować drugi otwór w zewnętrznym odcinku przedniej ściany zatoki. W przypadku II. i III. zaszywa się — po stworzeniu należytego dostępu do nosa — ranę skośną na głucho. IV. W wypadkach, gdy zatoka jest duża, objawy dość ostre lub zaostrzone, ropienie duże, zostawić należy ranę jakiś czas otwartą. Zakłada się szew wtórny po uspokojeniu się objawów. V. W wypadkach bardzo rozległej zatoki zdejmuje się całą przednią jej ścianę i usuwa się dokładnie przegrody między poszczególnymi zachyłkami zatoki. Wykorzysta się sąsiednie części miękkie, które, wpuklając się do wnętrza zatoki, pomniejszają jej objętość. Unika się szycia i leczy się zatokę otwartą. Taksamo postępuje się, gdy każda próba zaszycia prowadzi do pogorszenia stanu i retencji. VI. W wypadkach obustronnych spraw ropnych zatoki czołowej uzyska się dogodne warunki odpływu i wyleczenia przez resekcję przegrody kostnej między oboma zatokami i resekcję górnej części blaszki pionowej kości sitowej. W każdym z powyższych wypadków należy zachować ścianę wewnętrzną (orbitralną) zatoki jakoteż brzeg kostny oczodołowy.

*A. Schwarzbart (Kraków).*

## *CHOROBY SKÓRNE I WENERYCZNE.*

**Związek pomiędzy jądrem a gruczołem krokowym i jego wykorzystanie w przypadkach przerostu gruczołu krokowego. (Des relations étroites qui existent entre le testicule et la prostate et de leur application dans l'hypertrophie de la prostate). P. N i e c h a n s.**

*La Presse Médic. Nr. 53, 1936.*

Z rdzeniastej części niezróżnicowanego gruczołu płciowego embriona rozwija się jądro, z części korowej jajnik. Z kanałów *Wolffa i Müllera* tworzą się drogi rodne męskie i żeńskie. Badania na-

rządów rodnych świata zwierzęcego wykazują niezbicie, że nigdzie wyeliminowanie jednego lub drugiego pierwiastka nie jest całkowite i zawsze u osobników męskich można stwierdzić obecność komórek i organów pochodzących z części korowej pragonady lub z kanałów *Müllera*. To pomieszanie niejako płci może być różnego stopnia, mo że nastąpić w życiu płodowym, ale i w życiu pozapłodowym „zabłąkane" komórki przeciwnej płci mogą pod wpływem pewnych czynników rozwinąć się i wywrzeć swój wpływ na rozwój organów rodnych. Znany jest fakt nawet całkowitej zmiany płci, np. u pszczół, pod wpływem niektórych pasożytów.

U człowieka tylny płat gruczołu krokowego rozwinął się z dolnej części kanałów żeńskich *Müllera*, jest to tak zwany *uterus masculinus*, a w jądrze stwierdza się obecność komórek zabłąkanych z substancji korowej pragonady, t. zw. komórek *Steinacha*, komórek *„F"*, „komórek dojrzałości kobiecej" bardzo podobnych do luteinowych. Dowodem pochodzenia tych komórek jest również, jak to wykazano, obecność hormonów żeńskich w moczu mężczyzny.

Hormon żeński jądra wywiera wybitny wpływ na tylny płat gruczołu krokowego. Jak wykazały doświadczenia na zwierzętach, pod wpływem folikuliny tylny płat tego gruczołu przerasta, mnożą się w nim szybko gładkie włókna mięsne i tworzą się liczne gruczołowe bujające ogniska niekiedy o cechach bujania złośliwego. Zgodnie z tym w przypadkach raka gruczołu krokowego stwierdzili niektórzy znaczne ilości hormonu żeńskiego w moczu lub nawet w samej tkance nowotworowej.

Oprócz komórek *Steinacha* jądro zawiera:

1-o. komórki nasienne, które nie wywierają żadnego wpływu na rozwój drugorzędnych narządów płciowych.

2-o. komórki *Sertoliego*, pochodzące z kanalików nasiennych. Mają one swe wydzielanie zewnętrzne i wewnętrzne. Zewnętrznie — wydzielają hormon odżywczy dla komórek nasiennych, przekształcający je w dojrzałe plemniki, wewnętrznie — hormon, hamujący wydzielanie zasadochłonnych komórek przedniego płata przysadki i hamujący wzrost gruczołu krokowego.

Zewnętrzne i wewnętrzne wydzielanie komórek *Sertoliego* jest zawsze zgodne; w okresie nasilonej czynności jądra, w okresie dojrzałości płciowej, hamujący wpływ hormonu komórek S. na rozrost gruczołu krokowego jest wybitny, a z chwilą przekwitania, gdy brak tego działania, gruczoł krokowy przerasta.

3-o. komórki *Leydiga*, wieloboczne, o typie gruczołowych, znajdują się w części obwodowej jądra, bogato ukrwione; liczne u embriona, po tym zanikają, aby znowu w okresie dojrzewania zjawić się w dużej ilości. Są one pod pobudzającym wpływem hormonu zasadochłonnych komórek przedniego płata przysadki i dlatego liczne są u embriona, któremu matka przez łożysko przekazuje duże ilości tego hormonu. Komórki L. wywierają na gruczoł krokowy wpływ pobudzający i dlatego w przypadkach niedorozwoju jądra także i gruczoł krokowy jest hypoplastyczny, nawet, gdy spermatogeneza idzie normalnym trybem. Działanie komórek Leydiga i Sertoliego jest antagonistyczne na rozwój drugorzędnych narządów płciowych — antagonizm tych dwóch typów komórek jest jednak niecałkowicie wyjaśniony, bo, jak wykazano u trytonów, komórki Sertoliego mogą się przekształcić w komórki Leydiga.

Jak widać z wyników powyższych doświadczeń pod wpływem komórek Leydiga, a pośrednio przedniego płata przysadki, gruczoł krokowy przerasta (w dalszym ciągu może zwyrodnieć); pod wpływem komórek Sertoliego zatrzymuje się w rozwoju i może się cofać, pod wpływem komórek Steinacha ulega włóknistomięśniakowemu zwyrodnieniu.

Wskazania lecznicze w przypadkach przerostu gruczołu krokowego mogą również przybrać trzy rozmaite kierunki.

1. Wstrzykiwania hormonu komórek Sertoliego (Hombréol) w ciągu kilku tygodni sprowadza poprawę, utrzymującą się przez kilka miesięcy.

2. Wszczepienie jądra o pełnym rozwoju komórek Sertoliego, a więc jądra organizmu zdrowego i dojrzałego.

3. Ligatura Steinacha II podwaja dokrewną czynność komórek Sertoliego. Jest to zabieg bezpieczny, dający się wykonać w znieczuleniu miejscowym, po którym dolegliwości ze strony gruczołu krokowego, np. w oddawaniu moczu, ustępują nawet na kilka lat.

**Przyczynek do etiologii glossitis exfoliativa marginata. (Contribution a l'etiologie de la glossite exfoliatrice marginée). R. Turpin, A. Caratzali.**

*La Presse Médic. Nr. 64, 1936.*

Z licznych teorii, dotyczących etiologii tego cierpienia, żadna nie uzyskała większej ilości zwolenników; kiła, wyprysk, zakażenie grzybem lub bakteriami do dzisiaj nie są niezbicie pewną przyczyną tego uporczywego schorzenia, i jakkolwiek w wielu przypadkach mogą się przyczynić do jego powstania, to jednak głównym czynnikiem w jego etiologii jest czynnik konstytucjonalny.

Do powyższego wniosku doszedł autor na podstawie spostrzeżeń, obejmujących 15 przypadków.

Objawy choroby zjawiają się bez wyraźnej przyczyny w drugiej połowie pierwszego roku życia i utrzymują się do 8 — 10 roku, często przechodzą w t. zw. lingua plicata, często występują u kilku osobników w rodzinie (autor stwierdził tę zmianę u bliźniąt).

**Miejscowe odczyny naczyń włosowatych po histaminie i acetylcholinie w przebiegu różnych postaci nadciśnienia. (Réactions locales des capillaires à l'histamine et à l'acétylcholine au cours des diverses variétés d'hypertension). E. Dicker.**

*La Presse Médic. Nr. 75, 1936.*

Badania autora polegały na wstrzykiwaniu doskórnym histaminy i acetylcholiny, na dokładnym obrysowaniu wywołanego tymi substancjami rumienia, na przekalkowaniu tego rysunku i zmierzeniu jego powierzchni planimetrem.

Zbadano tym sposobem 90 osobników normalnych, 50-ciu arteriosklerotyków i 45-ciu osobni-

ków z nadciśnieniem samoistnym (hypertensio benigna). Wyniki w powyższych trzech grupach były prawie jednakowe i możno powiedzieć, że naczynia włosowate tych osobników reagują prawie jednakowo. Rumienie uzyskane były nie tylko zbliżone rozmiarem, lecz także jednakową żywoczerwoną barwą, a stosunek rumienia po histaminie do rumienia po acetylcholinie był w powyższych trzech grupach ten sam (1 : ²/₃).

W grupie czwartej u 25-ciu osób z nephritis chronica z nadciśnieniem (hypertensio magna) rumienie były blade, zaledwie widoczne, ich zarysy niewyraźne z trudem dawały się obrysować. Przeciętna wielkość rumienia była znacznie mniejsza a stosunek rumienia po histaminie do rumienia po acetylcholinie wynosił 1 : 1. Podobną utratę zdolności rozszerzania się naczyń włosowatych stwiedzono w stanach usposabiających do schorzeń nerek np. w przebiegu paciorkowcowej anginy lub w przypadkach płonicy w okresie podniesienia ciśnienia, to jest w 12 — 25 dni od chwili pojawienia się osutki.

**Doniesienie tymczasowe w sprawie leczenia opryszczki i półpaśca witaminą C. (Note préliminaire sur le traitement de l'herpès et du zona par la vitamine C: acide ascorbique). I. D a ï n o w.**
*Annales de dermat. et de syphil. Nr. 9, 1936.*

Liczne prace, które ogłoszono od czasu, gdy przemysł farmaceutyczny wypuścił w obieg syntetyczną witaminę C, wskazują na ochronną rolę tej witaminy w różnych schorzeniach zakaźnych. Wskaźnik witaminy C w organizmie obniża się w przebiegu zapalenia płuc, płonicy, błonicy, duru, gruźlicy itd. Obniżenie poziomu witaminy C w płynie mózgowo-rdzeniowym stwierdzono w przypadkach malarii, a było ono następstwem obniżenia wskaźnika witaminy C wogóle w organizmie. Liczne doświadczenia na zwierzętach dowodzą niezbicie, że witamina C odgrywa dużą rolę ochronną w zakażeniu gruźlicą.

Autor stosował witaminę C (Redoxon „Roche") w szeregu przypadków opryszczki i półpaśca, podając ten lek per os lub wstrzykując go dożylnie. Ten sposób leczenia okazał się bardzo skuteczny i szybki. Czas trwania choroby skracał się do 2 — 3 dni, bóle ustępowały niemal natychmiast. Co się tyczy opryszczek nawrotowych (herpes recidivans), to i w tych przypadkach działanie witaminy C było korzystne, ostateczne jednak wnioski autor wypowie w pracy następnej.

Opryszczkę i półpasiec wywołuje virus przesączalny, którego istnienie niezbicie udowodniono w doświadczeniach na zwierzętach. Neurotropowy ten virus atakuje ośrodkowy układ nerwowy. Ponieważ wiemy, że płyn mózgowo - rdzeniowy zawiera znaczne ilości witaminy C, zależne zresztą od wskaźnika tej witaminy w organizmie, możemy sobie przeto łatwo wyobrazić, że podobnie, jak i w innych przypadkach chorób zakaźnych, tak i w opryszczkach witamina C wywiera wpływ ochronny in situ, to jest w ośrodkowym układzie nerwowym.

*Z. Jastrzębska.*

## *K O M U N I K A T Y*

### VI. ZJAZD LEKARZY W KRYNICY.

*w dniach 9 — 11 stycznia 1937 r.*

pod protektoratem Pana Vice Ministra O. S.

*Dra Eugeniusza Piestrzyńskiego.*

P r o g r a m

*dnia 9 stycznia.*

Godz. 10. Otwarcie Zjazdu przez Prezesa Stowarzyszenia Lekarzy w Krynicy Dr Emanuela Zarzyckiego. Wybór Prezydium Zjazdu. Przemówienie oficjalne.

Godz. 11. I. Posiedzenie naukowe: 1. Doc. Dr Jakub Węgierko (Warszawa). Zasady leczenia cukrzycy w świetle własnych spostrzeżeń. 2. Prof. Dr January Zubrzycki (Kraków). Możliwości lecznicze Krynicy w wypadkach niepłodności kobiecej. 3, Dr Artur Werner (Poznań — Szczawnica). Klimatologia na usługach medycyny.

*Dyskusja.*

Godz. 16. II. Posiedzenie naukowe: 4. Dr Stanisław Liebhart (Lwów). Klinika i terapia niepłodności. 5. Doc. Dr Bronisław Stępowski (Kraków). Niektóre postacie niemocy płciowej u kobiet. 6. Dr Marian Malinowski (Kraków). Niepłodność z niedrożności narządów rodnych kobiety i ich leczenie. 7. Dr Czesław Uhma (Kraków). Działanie lecznicze borowiny krynickiej podanej dopochwowo, w niektórych postaciach niepłodności kobiecej. 8. Dr Marjan Kowalski (Kraków). Biologiczne własności borowiny krynickiej.

*Dyskusja.*

Godz. 20—30. Bankiet dla uczestników Zjazdu, wydany przez Zarząd Zdrojowiska i Komisję Zdrojową, w wielkiej sali balowej Domu Zdrojowego.

*Dnia 10 stycznia.*

Godz. 9-30. III. Posiedzenie naukowe: 9. Doc. Dr Franciszek Goebel (Warszawa). O wpływie krynickiej wody „Jana" na gospodarkę wodną. 10. Dr. Juljan Fliederbaum (Warszawa). Nowoczesna metodyka badania gospodarki wodnej. 11. Dr Marceli Landsberg i Dr Henoch Szpidbaum (Warszawa). Z nowych badań nad wpływem gruczołów dokrewnych na gospodarkę ustroju. 12. Dr Juljan Fliederbaum (Warszawa). Wpływ gruczołów dokrewnych na gospodarkę wodną. 13. Dr Daniel Hirszbajn (Krynica — Warszawa). Wpływ wody ze źródła „Zubera" na przemianę węglowodanową, na zasób zasad we krwi, na przemianę podstawową i na skład morfologiczny krwi. 14. Dr Stanisław Hrom (Warszawa). Stosunek śledziony i tarczycy do zachowania się jodu we krwi.

Godz. 13. Śniadanie wydane dla uczestników Zjazdu przez Zwierzchność Gminną i Stowarzyszenie Lekarzy w Krynicy, w sali balowej Domu Zdrojowego.

Godz. 16. IV. Posiedzenie naukowe: 15. Doc. Dr Henryk Beck (Warszawa). Wzajemny wpływ hormonów macicy i jajników. 16. Inż. A. Lejwa (P. Z. H. Warszawa). Znaczenie niektórych badań biologiczno-hormonalnych dla klinik. 17. Doc. Eleonora Reicher (Warszawa). Zaburzenia czynności narządów wewnętrznych i przemiany węglowodanowej w związku z okresem miesiączkowym oraz ustaniem miesiączkowania. 18. Dr Wacław Markert (Warszawa). W sprawie patogeneczy rzucawki porodowej. 19. Dr Henoch Szpidbaum (Warszawa). Gospodarka chlorków w cukrzycy astenicznej i cukrzycy stenicznej. 20. Dr Karol Waller (Lwów). Profilaktyka cukrzycy.

*Dyskusja.*

Godz. 22. Raut i zabawa taneczna w salach Domu Zdropowego.

*Dnia 11 stycznia.*

Godz. 8. Zwiedzenie Zdrowiska pod kierunkiem lekarza zakładowego Dr Ferdynanda Pawłowskiego.

Godz. 10. V. Posiedzenie naukowe: 21. Dr Zbigniew Godłowski (Kraków). Dożylne stosowanie wód kruszcowych. 22. Dr Henryk Brand (Krynica). Ejacultio praecox. 23. Dr Bronisław Bardach (Krynica). Wskazania i przeciwwskazania dla leczenia kąpielami szczawnymi w Krynicy. 24. Dr J. Chain (Krynica). Choroba Basedowa a układ krążenia z uwzględnieniem leczenia zdrojowego. 25. Dr Bernard Kupczyk (Krynica). Przyczynek o dietetycznym leczeniu zaburzeń wegetatywnych.

*Dyskusja.*

Zamknięcie naukowej części Zjazdu.

Godz. 13. Zwiedzenie Zakładu leczniczego „Lwigród".

Godz. 16. Pokazy sportów zimowych — wycieczki i t.p.

Podczas trwania Zjazdu otwarta będzie w kuluarach Domu Zdrojowego wystawa środków leczniczych i wydawnictw lekarskich.

*Warunki uczestnictwa.*

Wkładka członkowska 25 zł., wkładka osoby towarzyszącej 15 zł. Uprasza się o wcześniejsze przesyłanie wkładek członkowskich pod adresem Skarbnika Dr H. Freundlicha, Krynica, willa „Maria".

Uczestnik Zjazdu otrzymuje kartę uczestnictwa, która upoważnia do udziału w posiedzeniach Zjazdu, zwiedzania zdrojowiska, udziału w przyjęciach, raucie i imprezach, urządzanych dla uświetnienia Zjazdu, do bezpłatnych zabiegów leczniczych oraz ulgi kolejowej z zastosowaniem opłat ze zniżką 33 proc. (tab. 6) na przejazd powrotny z Krynicy do miejsca zamieszkania.

Członkowie Zjazdu otrzymują bezpłatnie pamiętnik VI Zjazdu, z dokładnym tekstem przemówień, odczytów i dyskusji. W tym celu prosi się P. T. Wykładających o dostarczenie Generalnemu Sekretarzowi Zjazdu Dr Mieczysławowi Dukietowi dokładnego, na maszynie pisanego, tekstu odczytu, przed zamknięciem Zjazdu.

Czas trwania przemówienia odczytowego 25 minut, dyskusyjnego 5 minut.

P. T. Wykładowcy są honorowymi gośćmi Komitetu Organizacyjnego, na skutek czego nie wpłacają wkładki członkowskiej.

Członkowie Zjazdu mogą przy zgłaszaniu zamawiać kwatery:

cena dzienna pokoju jednoosobowego 3 — 4 zł.
cena dzienna pokoju dwuosobowego 5 — 7 zł.

Zgłoszenia uczestnictwa w Zjeździe należy kierować do Generalnego Sekretarza Zjazdu Dr Mieczysława Dukieta w Krynicy, willa „Moja".

W czasie trwania Zjazdu odbędą się pokazy i zawody w sportach zimowych, międzynarodowy turniej hokeja na lodzie, mistrzostwa saneczkarskie, skoki narciarskie, sztuczna jazda na łyżwach i t. p.

Generalny Sekretariat zastrzega sobie prawo zmiany szczegółów programu.

W dniach 8 i 9 stycznia będzie czynne na dworcu kolejowym biuro kwaterunkowe Zjazdu.

Krynica, w listopadzie 1936 r.

*Dr Mieczysław Dukiet*
Generalny Sekretarz VI Zjazdu.
*Dr Emanuel Zarzycki*
Prezes Stowarzyszenia Lekarzy w Krynicy

## XV ZJAZD LEKARZY I PRZYRODNIKÓW POLSKICH WE LWOWIE.

*Odezwa!*

XV Zjazd Lekarzy i Przyrodników Polskich odbędzie się we Lwowie w dniach 4 do 7 lipca 1937 roku.

Protektorat nad Zjazdem raczył objąć Pan Prezydent Rzeczypospolitej Polskiej Prof. Dr Ignacy Mościcki.

Komitet organizacyjny Zjazdu ma zaszczyt zaprosić wszystkie towarzystwa przyrodnicze, lekarskie, farmaceutyczne, weterynaryjne, rolnicze i leśnicze oraz wszystkie towarzystwa reprezentujące nauki pokrewne do wzięcia udziału w Zjeździe, apelując by swe Walne Zebrania przypadające na rok 1937 zechciały odbyć w ramach Zjazdu.

Komitet Organizacyjny zwraca się do wszystkich przedstawicieli nauk przyrodniczych i lekarskich, by raczyli przyczynić się do wielkiego dzieła, które ma dać świadectwo polskiej pracy naukowej.

Niech nie braknie nikogo z badaczy polskich w dniach 4 — 7 lipca 1937 r. we Lwowie.

Zjazd Lekarzy i Przyrodników Polskich we Lwowie stać się winien prawdziwem Świętem Nauki Polskiej.

*Komitet Organizacyjny Zjazdu*

Lwów, w czerwcu 1936 r.

*XV Zjazd Lekarzy i Przyrodników* Polskich odbędzie się we Lwowie w dniach 4 — 7 lipca 1937 r.

Komitet Organizacyjny Zjazdu ukonstytuował się w następującym składzie: Przewodniczący: Prof. Dr R. Rencki, Pijarów 4, zastępca przewodniczącego: Prof. Dr. D. Szymkiewicz, Nabielaka 22, sekretarz generalny dla nauk lekarskich: Prof. Dr W. Koskowski, Piekarska 52, sekretarz generalny dla nauk przyrodniczych: Prof. Dr M. Kamieński, Ujejskiego 1, skarbnik: Prof. Dr A.

Zakrzewski, Kochanowskiego 71, sekretarz: Dr J. Papierkowski, Piekarska 52.

Komitet Organizacyjny ustalił jako terminy dla przesłania zgłoszeń referatów dzień 1 kwietnia 1937. Termin zgłoszenia uczestników w Zjeździe ustalono na 15 czerwca 1937 r. Oprócz referatów i komunikatów sekcyjnych będą zorganizowane dyskusje na ogólne tematy, intersujące przyrodników i lekarzy. Referaty, dotyczące tematów ogólnych, będą wydrukowane i dostarczone uczestnikom przed Zjazdem. Szczegółowy wykaz tematów będzie podany później w prasie fachowej.

*Sekcje i ich gospodarze:* 1. Sekcja nauk matematycznych, astronomicznych i geodezyjnych: Prof. Dr E. Rybka, ul. Długosza 8. 2. Sekcja geografii, geologii i mineralogii: Prof. Dr E. Romer, ul. Długosza 25. 3. Sekcja chemii: Prof. Dr St. Pilat, ul. Ujejskiego 1. 4. Sekcja fizyki: Prof. Dr Г. Malarski, ul. L. Sapiechy 12. 5. Sekcja zoologii z podsekcją: a) anatomii, histologii, cytologii i genetyki zwierząt, b) systematyki, zoogeografii, faunistyki i ekologii zwierząt, c) etnomologii: Prof. Dr J. Hirschler, ul. św. Mikołaja 4. 6. Sekcja antropologii i prehistorii: Prof. Dr J. Czekanowski, ul. Długosza 8. 7. Sekcja botaniki: Prof. Dr S. Krzemieniewski, ul. św. Mikołaja 4. 8. Sekcja leśnictwa: Prof. Dr K. Suchecki, ul. św. Marka 1. 9. Sekcja ochrony przyrody: Prof. Dr Sz. Wierdak, ul. św. Marka 1. 10. Sekcja przyrodniczo-dydaktyczna: Prof. L. Iwanicki, ul. Szymonowiczów 1. Gimnazjum XI. 11. Sekcja nauk rolniczych: Prof. B. Janowski, ul. Kochanowskiego 67. 12. Sekcja nauk weterynaryjnych: Prof. Dr Z. Markowski i Prof. Dr W. Skowroński, ul. Kochanowskiego 65. 13. Sekcja nauk farmaceutycznych: Dr H. Ruebenbauer, ul. Mikołaja 15. 14. Sekcja historii i filozofii medycyny i nauk przyrodniczych, prasy i terminologii lekarskiej: Doc. Dr W. Zembicki, ul. Bielowskiego 6. 15. Sekcja biologii ogólnej, chemii fizjologicznej i fizjologii: Prof. Dr R. Weigl, ul. św. Mikołaja 4. 16. Sekcja anatomii, histologii i embriologii: Prof. Dr J. Markowski, ul. Piekarska 52. 17. Sekcja higieny, eugeniki, medycyny społecznej i opieki zdrowotnej studentów: Prof. Dr. Z. Steusing, ul. Piekarska 52. 18. Sekcja mikrobiologii i epidemiologii: Prof. Dr N. Gąsiorowski, ul. Piekarska 56. 19. Sekcja anatomii patologicznej: Prof. Dr W. Nowicki, ul. Piekarska 52. 20. Sekcja medycyny wewnętrznej, patologii ogólnej, farmakologii, radiologii, fizykoterapii, hydrologii i klimatologii lekarskiej: Prof. Dr M. Franke, ul. Piekarska 52. 21. Sekcja medycyny sądowej i kryminalistyki: Prof. Dr W. Sieradzki, ul. Piekarska 52. 22. Sekcja chirurgii: Prof. Dr T. Ostrowski, ul. Pijarów 4. 23. Sekcja dermatologii i wenerologii: Prof. Dr J. Lenartowicz, ul. Piekarska 69. 24. Sekcja neurologii i psychiatrii: Prof. Dr J. Rothfeld, ul. Pijarów 6. 25. Sekcja okulistyki: Prof. Dr A. Bednarski, ul. Głowińskiego 7. 26. Sekcja oto-laryngologii: Prof. Dr T. Zalewski, ul. Pijarów 6. 27. Sekcja pediatrii: Prof. Dr Fr. Groër, ul. Głowińskiego 5. 28. Sekcja położnictwa i ginekologii: Prof. Dr K. Bocheński, ul. Pijarów 4. 29. Sekcja stomatologii: Prof. Dr A. Cieszyński, ul. Zielona 5a. 30. Sekcja medycyny wojskowej: Pułk. Dr A. Kończacki, ul. Wałowa 16.

*Organizacja Zjazdu:* Sekcja informacyjno-mieszkaniowa: Dyr. Dr A. Pohorecki, ul. Głowińskiego 7. Sekcja naukowo-wystawowa: Doc. Dr A. Sabatowski, ul. Asnyka 2. Doc. Dr J. Sembrat, ul. św. Mikołaja 4. Mr A. Krzyżanowski, ul. Piekarska 52. Sekcja wycieczkowa: Doc. Dr A. Sabatowski, ul. Asnyka 2, Prof. Dr A. Zierhoffer, ul. Kościuszki 9. Sekcja towarzyska: Prof. Dr Z. Markowski, ul. Kochanowskiego 65. Doc. Dr W. Dobrzaniecki, ul. Głowińskiego 5. Sekcja prasowa i propagandowa: Doc. Dr Z. Pazdro, ul. Długosza 8. Doc. Dr W. Tychowski, ul. Piekarska 52. Sekcja zwiedzania miasta: Dr E. Doliński, ul. Bourlarda 4. Dr F. Uhorczak, Tow. Krajoznawcze, ul. Bourlarda 5. Sekcja wydawnicza: Prof. Dr W. Nowicki, ul. Piekarska 52, Prof. Dr D. Szymkiewicz, ul. Nabielaka 22. Biuro Komitetu: ul. Piekarska 52, tel. 240-52.

### WYSTAWA.

Z okazji XV Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich odbędzie się w lipcu 1937 r. Wystawa Przyrodniczo - Lekarska. Przewidziane są działy następujące: naukowy, opieki społecznej, zdrojowiskowy oraz przemysłowy.

Zgłoszenia uczestnictwa w Wystawie przyjmuje Komitet do dnia 1 kwietnia 1937.

Udział w dziale naukowym jest bezpłatny.

We wszelkich sprawach dotyczących Zjazdu zwracać się można do Prof. Dra W. Koskowskiego, Sekretarza generalnego dla nauk lekarskich (ul. Piekarska 52, tel. 240-52), lub do Prof. Dra M. Kamieńskiego, Sekretarza generalnego dla nauk przyrodniczych (ul. Ujejskiego 1, tel. 279-58).

## III.

## NARADY SEKCJI JAGLICY POLSKIEGO TOWARZYSTWA OKULISTYCZNEGO.

W dniu 8 grudnia r. b. w gmachu Państwowej Szkoły Higieny (Warszawa, ul. Chocimska 24), odbyły się narady Sekcji Jaglicznej Polskiego Towarzystwa Okulistycznego.

Pierwsze posiedzenie poświęcone metodom rozpoznawania jaglicy rozpoczęło się o godzinie 9-tej rano.

Zgłoszone zostały następujące referaty: 1. Prof. J. Szymański (Klinika oczna Uniwersytetu S. B. w Wilnie): O pomocniczych badaniach dla ustalenia rozpoznania jaglicy. 2. Dr S. Barszczewski (Przychodnia) przeciwjaglicza i klinika oczna Uniwersytetu S. B. w Wilnie): Wartość rozpoznawcza badania biomikroskowego górnej części rąbka rogówki w jaglicy i zapaleniu grudkowym. 3. Dr J. Neuman (Klinika oczna Uniwersytetu J. P. w Warszawie): Lampa szczelinowa w rozpoznaniu jaglicy. 4. Dr Kwaskowski (Instytut oftalmiczny w Warszawie): Rąbek rogówki w lampie szczelinowej przy jaglicy i nieżytach spojówki. 5. Dr A. Zamenhof (Oddział oczny szpitala żydowskiego w Warszawie): O posługiwaniu się lupą przy rozpoznawaniu jaglicy. 6. Dr M. Zachert (Przychodnia przeciwjaglicza w Warszawie): O zastosowaniu wziernika do badania rąbka rogówki i zmian jagliczych. 7. Dr L. Rostkowski (Instrukcyjna i kolumna przeciwjaglicza): Wczesne rozpoznawanie jaglicy. 8. Dr M. Zachert (Warszawa): Zwalczanie jaglicy młodzieży w wieku przedpoborowym.

Drugie posiedzenie rozpoczęło się o godzinie 15

i było poświęcone omówieniu metod zwalczania jaglicy.

Zgłoszone zostały następujące referaty: 1. Prof. K. Majewski (Kraków): Znaczenie działalności zakładu jagliczego Uniwersytetu Jagiellońskiego dla akcji zwalczania jaglicy w Państwie. 2. Prof. J. Szymański (Warszawa): Ocena działalności lotnych oddziałów okulistycznych Polskiego Czerwonego Krzyża dla akcji zwalczania jaglicy. 3. Dr Z. Galewska: Działalność oddziału jagliczego kliniki ocznej U. J. P. w Warszawie. 4. Dr Sluskowska (Warszawa): Rola Instytutu oftalmicznego w zwalczaniu jaglicy. 5. Dr Rostkowski (Warszawa): Metody zwalczania jaglicy i ocena działalności przychodni przeciwjagliczych. 6. Dr. Zachert (Warszawa): Rola lekarzy nie-okulistów w akcji zwalczania jaglicy.

Prezydium Sekcji Polskiego T-wa Okulistycznego: Prof. J. Lauber — Prezes, Dr M. Zachert — Wiceprezes, Dr L. Rostkowski — Sekretarz.

Z decyzji Ministerstwa Komunikacji uczestnikom narad Sekcji Jaglicy Polskiego Towarzystwa Okulistycznego przysługiwały zniżki kolejowe w wysokości 50% w drodze powrotnej.

### XII KURS PRZECIWGRUŹLICZY DLA LEKARZY P. T. „GRUŹLICA I JEJ ZWALCZANIE".

W okresie od dnia 14 stycznia do dnia 4 marca 1937 r. odbędzie się 7-mio tygodniowy Kurs Uzupełniający dla lekarzy p. t. „Gruźlica i jej zwalczanie", zorganizowany przez Polski Związek Przeciwgruźliczy z poparciem Ministerstwa Opieki Społecznej i z współudziałem Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Józefa Piłsudskiego w Warszawie.

Program Kursu uwzględni przede wszystkim studia praktyczne jak również obejmie 47 godz. wykładów teoretycznych z dziedziny rozpoznawania, leczenia i walki społecznej z gruźlicą. Studia praktyczne będą polegały na odbyciu praktyki w zakresie gruźlicy wewnętrznej w klinice, szpitalu i sanatorium jak również na dokładnym zaznajomieniu się z pracą w poradniach przeciwgruźliczych ze szczególnym uwzględnieniem techniki zakładania odmy.

Podanie na kurs należy nadsyłać do Polskiego Związku Przeciwgruźliczego w Warszawie, ul. Karowa 31 (gmach Polskiego Towarzystwa Higienicznego) najpóźniej do *dnia 8 stycznia 1937 r.* Do podania należy dołączyć:

1. życiorys,
2. ewentualne zaświadczenie instytucji delegującej kandydata na kurs,
3. zobowiązanie do czynnego zwalczania gruźlicy przynajmniej przez dwa lata po ukończeniu Kursu.

Kandydaci zgłaszający się na kurs mogą ubiegać się o przyznanie zwrotnego stypendium w wysokości do 350 zł.

Kurs jest bezpłatny; pierwszeństwo w otrzymaniu stypendium jak również i w przyjęciu na kurs będą mieli kandydaci, którzy już pracują w instytucjach przeciwgruźliczych.

Dyrektor P. Z. P.
*Dr. M. Grodecki.*

Prezes Komisji
Organizacyjnej Kursu.
*Prof. Dr. W. Orłowski.*

## *KRONIKA*

### JAK ODPOCZYWAĆ PO PRACY UMYSŁOWEJ?

Praca umysłowa jest wysiłkiem ciężkim i wyczerpującym dla systemu nerwowego. Kto chce zachować sprawność władz psychicznych i świeżość umysłu powinien dobrze wyzyskać czas wolny po pracy. Powstaje pytanie, jak powinien pracownik umysłowy spędzić wolny dzień po pracy: czy wstrzymać się zupełnie od wszelkich czynności intelektualnych i poświęcić się wyłącznie rozrywkom fizycznym, czy też w inny sposób zorganizować odpoczynek? Sprawę tę omawia dr. Piotr Macewicz w interesującej pracy p. t. „Praca umysłowa, a zagadnienie psychohigjeny".

Zagadnieniem odpoczynku — twierdzi on — jest nietylko odnowienie zużytej energji psychicznej, lecz także wzmożenie ogólnego jej zasobu i jakości. Trzeba bowiem pamiętać, że do pracy nie wystarczy sam zasób energji, konieczna jest także określona jej jakość, którą moglibyśmy nazwać „rozporządzalną". Aby wyjaśnić, na czem polega owa „rozporządzalność" możemy się posłużyć porównaniem: jest to tak, jakgdyby ktoś posiadał znaczny kapitał, lecz nie mógł go wykorzystać, bo — przypuśćmy — znajduje się ze swym kapitałem na pustyni; albo żyje w warunkach normalnych, lecz własne skąpstwo uniemożliwia mu naruszenie kapitału. Tak samo zupełnie zawieszenie czynności psychicznych w okresie wypoczynku, gdyby było możliwe, stwarzałoby najlepsze warunki odnowienia kapitału owej energji, lecz jednocześnie „zamrażałoby" go.

Redaktor odpowiedzialny: *Doc. Dr. E. Reicher, Polna 40, Tel. 9.54-54.*
Wydawca: Spółka Wydawnicza „Wiedza Lekarska".
Adres redakcji i administracji, Warszawa, Kaliska 9. Tel. 924-39.
Prenumerata z przesyłką rocznie zł. 8, kwartalnie zł. 2. Konto **P. K. O. 15.785.**



Zakł. Graf. „DRUKPRASA". Sp. z ogr. odp. Nowy-Świat 54. Tel.: 615-56 i 242-40.

WPROWADZONA DO OFICJALNEGO SPISU LEKÓW ZAKŁ. UBEZP. NA WYPADEK CHOROBY.

DZIAŁA USPAKAJAJĄCO I PRZECIWSKURCZOWO

LEK ROSLINNY

# PASSIFLORIN

PREPARAT KRAJOWY



Wytwarzany z roslin
SPECJALNIE
HODOWANYCH
w najwłasciwszych
warunkach gleby
i klimatu WYŁĄCZNIE
DLA celów produkcji
PASSIFLORIN,
a NIE ZNAJDUJĄCYCH
się w handlu ogólnym.

WSKAZANIA:
Neurastenja, Prze-
męczenie nerwowe,
Stany lękowe, Bezsen-
ność na tle nerwo-
wem, Nerwice, Zabu-
rzenia nerwowe wok-
resie pokwitania, mie-
siączki i przekwitania.

BRAK DZIAŁAŃ UBOCZNYCH

WYSTRZEGAĆ SIĘ NASLADOWNICTW

CHEMICZNO-FARMAC. ZAKŁADY PRZEM. HANDLOWE

L. NASIEROWSKI

WARSZAWA KALISKA 9 TEL. 924-39, 930-42.

J. BLECHERT.

Zakłady Graficzne „DRUKPRASA“, Nowy-Świat 54, tel.: 615-56, 242-40.